




Prof. Dr. Doina Anca Pleșca

Președinte SRPed



Conf. Dr. Victoria Hurduc

Spitalul Clinic de Copii „Victor Gomoiu”



Dr. Emiliană Costiug

Medic formator, Președinte Asociația Medicilor de Familie Cluj



Dr. Miorița Toader

Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”



Dr. Ileana Brînză

Medic formator, Coach, Vicepreședinte AREPMF



Dr. Daniela Cioplean

Medic primar Oftalmolog, Clinica Oftalmologică Oftapro, București Vicepreședinte Asociația Europeană de Strabologie



As. Univ. Dr. Claudia-Felicia Pop

CMI Dr. Pop Claudia Felicia, UMF Iuliu-Hațieganu, Cluj-Napoca



Dr. Liliana-Elena Chițanu

Medic formator, Lector în proiecte naționale și regionale AREPMF

MEDICAL MARKET

Pediatrie

Revista profesioniștilor din Sănătate

2021 - 2022



ZirComBi
Simbiotic vitaminizat

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

Supliment alimentar pe bază de Bifidobacterium infantis B-101 (4 miliarde per capsulă), Ferrousulfat și fumarat de F-1001 (1 miliard per capsulă) și vitamina B6 (100 mcg) de probiotice (1,1 mg)*.

*100% valoare nutritivă de referință.



Zir-FOS®
Simbiotic vitaminizat

Expertul în refacerea microbiotei intestinale post-antibioterapie sistemică

Supliment alimentar pe bază de bifidobacterium longum B-1001 (4 miliarde per capsulă), fructo-oligosaharid acortig și complex de vitamine B1 (10 mg), B2 (2 mg), B6 (1 mg), B12 (1 mg), B12 (1 mg) și C (10 mg).

*100% valoare nutritivă de referință.

Acest material profesional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ZirComBi și ZirFos® sunt suplimente alimentare. Creșterea stării de bine și refacerea și îmbunătățirea sănătății sunt rezulți și raportate din reacție și/sau raportată la acest produs. În absența de e-mail: Drugafoata@alfasigma.com

Alfasigma România S.R.L.
Str. Clujului nr. 10, Cluj-Napoca, Cluj, România
Tel.: +40 31.828.20.20 | +40 31.828.20.20 Fax: 041.828.20.20
e-mail: info@alfasigma.com

ALFASIGMA



© 2014 Olympus

IMAGE1 S™ Rubina™ – mORe to discover

- 4K image resolution
- CPAL1® NBI/TOI technology with new display modes
- Laser-free LED light source for white light and excitation of NBI/TOI
- 4K-3D videoscope with automatic horizon control



OLYMPUS MEDICAL SYSTEMS CORP. 4300 WOODBURY AVENUE, WOODBURY, NY 11797-3000, USA
 OLYMPUS MEDICAL SYSTEMS (EUROPE) LTD., 100, SOUTH COLINDALE AVENUE, COLINDALE, LONDON NW9 1EQ, ENGLAND
 TEL: +353 1 452 4000 FAX: +353 1 452 4001

SPRAY NAZAL, SUSPENSIE

BIORINIL

COMPENSAT 100% Lista C3

Două substanțe active, mecanism dublu de acțiune:

BETAMETAZONĂ
0,5 mg/ml

**Acțiune
antiinflamatoare
puternică¹**

**Clorhidrat de
TETRIZOLINĂ**
1 mg/ml

**Acțiune
decongestionantă
prelungită²**

Eficacitate dovedită în:

✓ Rinite acute ✓ Rinite subacute ✓ Sinuzite ✓ Rinofaringite



1. Farmacologia. Volanin (Braşov) ed. 1997, 3:2-3 (Clorometilol și 4-OTN-ol)
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25946946>

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală. Este disponibilă gratuitabil site doctoz.ro profesioniștii în domeniul sănătății.

Pentru informații suplimentare și rugăm contactați distribuitorul produsului disponibil pe site-ul doctoz.ro, contactând următorul link: <https://www.doctoz.ro/> BIORINIL_7500_2504_15ap
DOPN: 1484-PRIMA S.p.A. Via Dante, 36, 30138 Milano, Italia. Pentru mai multe informații de contact pe telefon: 7084/08 0100.

80_140_3-02/0071



Editor
Calea Rahovei, nr. 266-268,
Sector 5, București,
Electromagnetica Business Park,
Corp 01, et. 1, cam. 4
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

ISSN 2286 - 3443



„Colaborarea strânsă dintre SRPed și alte societăți academice naționale și internaționale ne-au permis să realizăm numeroase proiecte comune” Interviu cu Prof. Dr. Doina Anca Pleșca	6
Fisura anală	10
Tulburările de alimentație pediatrică – cadru clinic și conceptul actual Conf. Dr. Victoria Hurduc, Dr. Luiza Bordei, Dr. Andreea Manda	12
Vaccinarea anti-COVID-19 în condiții speciale Dr. Emiliana Costiug	14
„Patologia din domeniul endocrinologie și diabet pediatric confirmă faptul că micii pacienți nu sunt adulți în miniatură” Interviu cu Prof. Dr. Iulian Puiu Velea	16
Despre amigdale și polipi - vegetații adenoide pe înțelesul tuturor – scurt ghid pentru un consimțământ cu adevărat informat	22
Patologia tumorală a urechii medii la copil Dr. Miorița Toader, Dr. Andreea Șerbănică Dr. Corneliu Toader	26
Copilul neglijat sau abuzat Dr. Brînză Ileana	30
Medicul de familie – partener în managementul complex al obezității infantile Dr. Liliana-Elena Chițanu	34
Odiseea diagnosticului clinic. Cum poate genetica ajuta? Dr. Ina Ofelia Focșa, Dr. Andreea Țuțulan-Cuniță, Dr. Danae Stambouli	37
Inteligența artificială în managementul bolilor pulmonare obstructive Prof. Asoc. Dr. Bogdan Mincu	38
Efectele poluării atmosferei asupra aparatului respirator Șef Lucrări Dr. Radu Tincu	40
Implicarea medicului de familie în strategiile de prevenție a obezității la copil Dr. Oana-Maria Neneștean As. Univ. Dr. Claudia-Felicia Pop	42
Dezvoltarea vizuală în primii ani de viață Dr. Daniela Cioplean	46

**Dedicare și profesionalism.
Jansen Pharma mulțumesc personalului medical
Implicat în lupta cu noul coronavirus.**



COVID-19
Jansen Pharma România

www.janssenmed.ro

www.atsoparfilab.ro

„Colaborarea strânsă dintre SRPed și alte societăți academice naționale și internaționale ne-au permis să realizăm numeroase proiecte comune”

2020 a fost anul schimbărilor, al transformării activităților noastre așa cum nu ne-am imaginat. Despre ceea ce reprezintă pandemia Covid-19 și afectarea copilului, precum și despre activitatea SRPed, stăm de vorbă cu doamna **Prof. Dr. Doina Anca Pleșca**, medic primar pediatru, medic primar neurologie pediatrică, medic primar pneumologie pediatrică, Director Departamentul Clinic Pediatrie, Facultatea de Medicină, UMF “Carol Davila” Șefa Disciplinei de Pediatrie în cadrul Spitalului Clinic de Urgență pentru copii “Dr. Victor Gomoiu”, Președintele SRPed.

Agravează COVID-19 diferit afecțiunile anterioare ale copilului (astm, dermatită) față de cele ale adultului?

Infecția cu SARS-CoV-2 la copii este diferită de ceea ce vedem că se întâmplă la adulți. Copiii expuși la noul coronavirus vor fi infectați urmând să dezvolte boala într-o manieră total diferită comparativ cu adulții. Este important să subliniem că din totalul cazurilor înregistrate până în prezent în lume, copiii au reprezentat un procent foarte redus, de doar 2% din cazuri în China, 10-13,2% în SUA și aproximativ 6,2% în țara noastră. Pornind de la aceste constatări, oamenii de știință au lansat ideea potrivit căreia copiii sunt mai puțin vulnerabili la infecția cu SARS-CoV-2 comparativ cu populația adultă. Cu alte cuvinte se infectează mai rar și în marea majoritate a cazurilor sunt asimptomatici sau fac forme ușoare de boală. Progresia bolii către forme severe/critice depinde de mai mulți factori precum: vârsta pacientului, sexul, rasa, statusul imunologic, comorbiditățile asociate, terapiile cronice administrate.

Astmul bronșic reprezintă cea mai frecventă boală cronică în copilărie. În contextul actual, pentru pacienții pediatrici care suferă de această afecțiune au apărut mai multe recomandări elaborate de societățile medicale internaționale cu privire la gestionarea îngrijirilor medicale, inclusiv planificarea managementului de urgență pentru clinicile de alergii și imunologie, departamentele de primiri urgențe, etc. În aceste



publicații se menționează că astmul bronșic controlat nu reprezintă un factor de risc pentru apariția de forme severe de boală în contextul infecției cu SARS-CoV-2. Pentru a menține starea de control a bolii, părinții sunt sfătuiți să continue să administreze medicația antiastmatică copiilor. Mai mult se recomandă ca acești copii să nu „renunțe” la niciun medicament “controller” în această perioadă. Este necesar să se verifice periodic planul terapeutic pentru astm. În plus, se recomandă evitarea factorilor trigger cunoscuți ai astmului (ex. aeroalergenii, factorii de mediu poluanți, alimentația). Spălarea frecventă a mâinilor, distanțarea fizică

și revizuirea regulată a tehnicii inhalatorilor sunt esențiale. Dacă un copil folosește un medicament antiastmatic administrat prin nebulizare se recomandă trecerea la o administrare prin inhalator cu doză măsurată (MDI) sau inhalator cu pulbere uscată (turbuhaler sau disc). Nebulizările cresc riscul de diseminare a virusului către alți pacienți, membrii familiei sau personalul medical.

Pot rămâne copiii cu sechele ca urmare a infecției cu SARS CoV-2?

O întrebare extrem de dificilă!

Asistăm de mai bine de un an la felul în care această pandemie evoluează. Cum apar noi valuri ale infecției, noi variante ale virusului SARS-CoV-2, mai contagioase, cum tinerii infectați încep să dezvolte forme severe de boală, cum apar manifestări/complicații la distanță (4-6 săptămâni) după infecție (sindromul inflamator multisistemic pediatric) la copii dar și adulți (în ultima vreme). Totul se derulează într-o viteză amețitoare. Apar tot mai multe lucruri noi despre evoluția acestei infecții virale. Pentru că nu se cunoaște încă totul despre virus și infecția pe care acesta o determină mai ales la copii este important de reținut că monitorizarea atentă pe durata mai multor luni a micuților pacienți după ce aceștia au trecut prin infecție reprezintă o prioritate. O atenție deosebită va fi acordată evaluării pulmonare (există pericolul constituirii de fibroză pulmonară post COVID-19) și

cardiace (îndeosebi la copiii care au dezvoltat sindrom inflamator multisistemic după infecția cu SARS-CoV-2).

Sunteți o susținătoare a programului de vaccinare. Vă rugăm să ne comunicați dacă au fost întreruperi sau întâzieri în etapele vaccinării datorită acestei pandemii.

Programele naționale de vaccinare/imunizare au fost afectate semnificativ în timpul pandemiei COVID-19, amenințând obiectivele care privesc eradicarea și eliminarea bolilor majore care pot fi prevenite prin vaccinare precum poliomielita și rujeola. OMS, UNICEF, GAVI au raportat că peste 80 de milioane de copii cu vârsta sub un an au fost afectați de întreruperi ale programelor de imunizare în mai mult de 68 de țări. În acest an dificil peste 24 milioane de copii au fost expuși riscului de a se îmbolnăvi de boli precum poliomielita, rujeolă, difterie, tuse convulsivă (pertussis), tetanos, hepatită B, gripă de Hemophilus tip b, pneumococ și infecții cu rotavirus. Din 129 de țări în care datele au fost disponibile, mai mult de jumătate au raportat întreruperi moderate până la semnificative sau suspendarea totală a serviciilor de vaccinare în perioada martie - aprilie 2020. Se apreciază că pandemia de COVID-19 a creat o mare perturbare în administrarea vaccinurilor la sugari și copiii mici astfel încât rata de vaccinare în lume a ajuns la cote similare anului 1990. Dacă în anul 2019 rata globală de vaccinare a copiilor se situa la valori de aproximativ 84%, OMS a anunțat cifre înfrigoratoare de aproximativ 70%.

Una dintre urmările acestei pandemii a fost "școala online". Cum influențează această măsură de educație dezvoltarea psihoneurologică a copilului? Cum are de suferit copilul în izolare?

Pandemia de coronavirus (COVID-19) are un impact negativ asupra copiilor. Mulți dintre aceștia au dezvoltat un grad ridicat de anxietate, emoții, stres și incertitudini, legate de izolare, frecventarea școlii doar în sistem on line, imposibilitatea de a se întâlni cu prietenii, de a merge în vacanțe, etc. În această perioadă dificilă pentru noi toți, copiii au nevoie să se simtă iubiți și să fie sprijiniți acum mai mult ca

oricând. Specialiștii specializați în psihologia adolescentului propun ca părinții să discute cât mai mult cu copiii, dar mai ales cu adolescenții despre boala provocată de coronavirus (COVID-19) și despre rolul important pe care aceștia îl au în protecția propriei sănătăți. Părinții trebuie să își încurajeze copiii să spună dacă nu se simt bine sau dacă sunt îngrijorați cu privire la virus, astfel încât aceștia să poată interveni.

Odată cu închiderea școlilor, viața copiilor și adolescenților s-a modificat semnificativ. S-au anulat diversele activități școlare în care aceștia erau angrenați (diverse activități sportive, piesele de teatru școlare, concerte, reuniuni, etc.). Copiii dar mai ales adolescenții sunt extrem de dezamăgiți, triști și frustrați. Mai ales pentru adolescenți, acestea sunt pierderi majore. În această situație empatia și sprijinul reprezintă soluțiile ideale.

Rămâne remarcabilă implicarea dvs. în procesul de educare și formare a medicilor tineri. În calitatea de profesor al UMF "Carol Davila", cum ați reușit să transmiteți din experiența și profesionalismul dvs studenților?

În contextul pandemiei de COVID-19 activitatea didactică cu studenții a continuat încercând să ne adaptăm din mers situației apărute. În prima parte a anului 2020 atât lucrările practice cât și cursurile s-au desfășurat în sistem on line. A fost greu la început cu atât mai mult cu cât vorbim despre pregătirea practică a viitorilor medici care ar trebui făcută la patul bolnavului. Adaptarea orelor destinate lucrărilor practice au inclus nu doar noțiuni teoretice dar și filmulețe cu ajutorul cărora să exemplificăm semne și simptome specifice diferitelor categorii de afecțiuni. Din fericire activitatea practică a studenților în spital a fost reluată o dată cu începerea noului an universitar 2020-2021 respectând toate măsurile impuse de starea de alertă (traj zilnic, echipamente de protecție, distanțare, spălătul mâinilor).

Pe tot parcursul acestei perioade dificile, medicii rezidenți au fost implicați permanent în rezolvarea cazurilor pediatrice prezentate la camerele de gardă sau internate în secțiile clinice de pediatrie. Sub îndrumarea atentă a cadrelor didactice și a medicilor primari pediatri din secțiile clinice de pediatrie, procesul de pregătire a acestora a

continuat zi de zi. Participarea la cursurile organizate on line, realizarea de prezentări de cazuri, evaluările periodice reprezintă câteva dintre activitățile la care rezidenții au participat săptămânal. O parte dintre aceștia interesați de domeniul cercetării științifice participă și în această perioadă la elaborarea unor proiecte de cercetare.

Chiar dacă evenimentele au fost organizate online, SRPed a fost una dintre cele mai active societăți. Vă rugăm să ne comunicați ce manifestări medicale s-au desfășurat anul trecut sub umbrela SRPed și ce parteneriate aveți cu alte societăți.

Anul 2020 a fost un an dificil pentru fiecare dintre noi. Restricțiile impuse de pandemia COVID-19, ne-au obligat să regândim modalitățile de desfășurare a proiectelor pe care le-am derulat. Fie că vorbim de activitatea didactică, cea medicală, de cercetare științifică, de comunicare cu colegii toate au impus o nouă abordare. Am trecut rapid la implementarea comunicării on line. Încă din luna februarie 2020 am demarat organizarea conferințelor Pediatru.ro (11 ediții pe parcursul întregului an) care au avut ca obiectiv susținerea pe mai departe a evenimentelor științifice în domeniul pediatric. Aceste conferințe s-au desfășurat în marile centre universitare medicale din țară. Interesul a fost deosebit, dovada o reprezintă numărul mare de participanți dornici să-și îmbogățească și să-și actualizeze cunostințele medicale. O atenție deosebită am acordat pandemiei de COVID-19 din perspectiva medicului pediatru organizând 3 Webinare la nivel național la care au participat peste 5000 cadre medicale.

În aceste momente dificile am considerat că este foarte important să găsim cele mai bune căi de comunicare cu părinții îngrijorați și temători de noua situație creată de pandemie, așa încât am organizat 2 webinare în care am abordat teme de mare interes pentru aceștia referitoare la vaccinarea copiilor precum și la infecțiile acute respiratorii la copii.

Împreună cu colegii mei din cadrul comitetului director al societății, am participat în calitate de reprezentanți ai Societății Române de Pediatrie, în cadrul mai multor parteneriate cu societăți științifice naționale, la numeroase evenimente științifice (Conferința RoVaccin, Conferința

de somnologie pediatrică, Conferința de Microbiologie, Școala de iarnă ESPID, Conferința de Nutriție, Congresul ROSPEN, etc.).

În toamna anului trecut am organizat Conferința Națională de Pneumologie Pediatrică, urmată de Conferința Națională de Pediatrie. În cadrul parteneriatului româno-italian (care s-a materializat prin constituirea Societății Italiano-Română de Pediatrie) am participat ca reprezentant al SRPediatrie la cel de al-XI Congres: Incontro Nazionale, XXV Giornate Neonatologiche e Pediatriche Normanne de la Casterta, Italia.

Nu trebuie să omit faptul că sub egida Societății Române de Pediatrie sunt editate anual patru numere ale Revistei Române de Pediatrie precum și ale Revistei Pediatru.ro, reviste acreditate și totodată incluse în bazele de date internaționale. În cuprinsul acestor reviste regăsim arti-

cole extrem de interesante, prezentări de cazuri, studii clinice, actualități științifice, review, etc.

În calitate de Președinte al SRPed, ce proiecte aveți pentru anul 2021?

Precum marea majoritate a colegilor mei am sperat că anul 2021 va fi mai bun comparativ cu cel încheiat. Din păcate, după cum vedem cu toții, parcurgem momente dificile din cauza pandemiei. Cu toate acestea proiectele pentru anul 2021 sunt îndrăznețe. Vom continua pe tot parcursul anului ciclul de conferințe Pediatru.ro (11 evenimente) având ca temă centrală "Multidisciplinaritatea în pediatrie". În perioada 7-10.04.2021 va avea loc Conferința Națională de Pediatrie, eveniment științific de tradiție la care sunt invitați reprezentanți de marcă

din toate centrele universitare ale țării. În luna septembrie va fi organizat cel de al XV-lea Congres Național de Pediatrie cu participare internațională, la Craiova, pe care ne dorim să-l organizăm onsite și online, dar totul va depinde de situația epidemiologică de la acel moment.

Colaborarea strânsă dintre Societatea Română de Pediatrie și alte societăți academice naționale și internaționale ne-au permis să realizăm proiecte comune în care să promovăm cele mai recente informații și descoperiri științifice medicale destinate patologiei copilului, colegilor noștri. În acest sens ne-am propus să devenim parteneri la mai multe evenimente științifice naționale care se vor organiza în acest an, dintre care voi menționa câteva: Conferința RoVaccin, Conferința Națională de Somnologie Pediatrică, Conferința organizată sub egida AREPMF, Conferința de Microbiologie, Conferința "Zilele Pediatriei Ieșene", Conferința ROSPEN.

Începând cu anul 2019 derulăm un proiect în parteneriat cu Academia Americană de Pediatrie care vizează lupta împotriva fumatului în rândul adolescenților. Acest proiect structurat în două etape deschide drumul unor viitoare parteneriate cu societăți academice de pediatrie internaționale și totodată a crescut vizibilitatea Societății Române de Pediatrie nu doar la nivel național dar și internațional.

Cu ce noutăți ne întâmpină Conferința Națională a SRPed ce se desfășoară în perioada 7-10 aprilie dpdv al tematicii, participării, speakerilor.

În perioada 7-10 aprilie 2021 are loc Conferința Națională de Pediatrie, în sistem online. Am pregătit un program extrem de variat care să acopre practic toată patologia pediatrică. Ca o noutate a acestei ediții este includerea în program a unei secțiuni dedicate urgențelor majore în pediatrie, precum și o secțiune în care vor fi abordate teme legate de patologia chirurgicală pediatrică. Lectorii care s-au alăturat acestui proiect provin din toate centrele universitare de medicină din țară, precum și de la alte facultăți de medicină. Personalitățile de marcă recunoscute atât la nivel național cât și internațional vor oferi participanților prelegeri extrem de interesante.

CONFERINȚA NAȚIONALĂ de PEDIATRIE 2021
7-10 aprilie
ONLINE + HIBRID

SECȚIUNI CONFERINȚĂ

- ALERGOLOGIE, IMUNOLOGIE
- BOLI INFECȚIOASE ȘI HIV
- CARDIOLOGIE PEDIATRICĂ
- CERCETARE ÎN PEDIATRIE
- MEDICINĂ RESPIRATORIE
- NEFROLOGIE
- NEUROLOGIE ȘI PSIHIATRIE
- REUMATOLOGIE
- ENDOCRINOLOGIE ȘI DIABET
- GASTROENTEROLOGIE ȘI NUTRIȚIE
- GENETICĂ MEDICALĂ
- HEMATOLOGIE ȘI ONCOLOGIE
- URGENȚE PEDIATRICE MAJORE VARIA
- COMUNICĂRI ORALE
- COMUNICĂRI POSTER

PROGRES ÎN PEDIATRIE
www.srpel.ro

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

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)

Fisura anală

Fisura anală este o ruptură mică în mucoasa care căptușește anusul, ultima parte a tubului digestiv.

O fisură anală poate să apară în timpul eliminării scaunelor mai consistente sau mai dure. De regulă, fisurile anale produc durere și sângerare în momentul defecației. De asemenea, persoana afectată poate resimți spasme la nivelul sfincterului anal, inelul muscular de la capătul anusului.

Fisurile anale sunt frecvente la copiii mici, dar pot să apară la orice vârstă. Cele mai multe fisuri anale se ameliorează prin măsuri simple precum creșterea aportului de fibre consumate, fapt ce determină ameliorarea constipației, și băile de șezut ce determină relaxarea mușchilor perianali și grăbesc vindecarea. La alte persoane, fisurile anale necesită tratament medicamentos sau, mai rar, chirurgical.

Uneori, fisurile anale sunt confundate cu hemoroizii, vase de sânge inflamate din interiorul sau exteriorul anusului. La fel ca și fisurile anale, hemoroizii pot să apară în urma eliminării scaunelor consistente.

Cauze

Fisurile anale se produc în urma întinderii mucoasei anale peste capacitatea ei normală. Aceasta se produce cel mai frecvent ca urmare a scaunelor dure datorate constipației. Odată aceste rupturi apărute, se produc răniri repetate. Apar spasme ale mușchiului sfincterului anal intern expus în spatele fisurii, care cauzează dureri. În urma spasmelor, marginile fisurilor sunt retractate, ceea ce duce la îngreunarea vindecării lor. La următoarea defecație, spasmul va duce la repetarea ruperii mucoasei. Acest ciclu duce la cronicizarea fisurii anale la aproximativ 40% din pacienții cu această problemă.

Cele mai frecvente cauze ale fisurilor anale sunt:

- Eliminarea scaunelor mari sau tari
- Constipația sau efortul la eliminarea scaunului
- Diareea cronică

- Inflamația din zona anorectală, cauzată de boala Crohn sau alte boli inflamatorii intestinale
- Nașterea

Cauzele mai rare ale fisurilor anale sunt:

- Cancerul anal;
- Infecția cu HIV;
- Tuberculoza;
- Sifilisul;
- Herpesul.

Factori de risc

Printre factorii de risc care favorizează apariția fisurilor anale, se numără:

- Copilăria. Mulți copii dezvoltă fisuri anale în primul an de viață; specialiștii nu știu cu exactitate de ce.
- Înaintarea în vârstă. Adulții în vârstă pot avea fisuri anale, în parte din cauza circulației sangvine deficitare, ceea ce duce la o alimentare cu sânge scăzută la nivelul regiunii rectale.
- Constipația. Efortul din timpul defecației dificile din constipație crește riscul de apariție a fisurilor anale.
- Nașterea. După ce au născut normal (vaginal), femeile au un risc mai mare de a face fisuri anale.
- Boala Crohn. Aceasta boală inflamatorie intestinală cauzează un proces inflamator cronic în tractul intestinal, care predispune la apariția fisurilor anale.
- Actul sexual anal
- Consumul insuficient de fibre

Simptome

- Durerea, uneori severă, în timpul defecației
- Durerea după eliminarea scaunului, care poate dura chiar și câteva ore
- Apariția de sânge deschis la culoare în scaun sau pe hârtia igienică, după defecație
- Mâncărime sau iritație în jurul anusului
- O rană vizibilă pe pielea din jurul anusului

- O umflătură mică sau semn la nivelul pielii din regiunea anală

Complicații

- Vindecarea greoaie. O fisură anală care nu se vindecă în mai puțin de 6 săptămâni se cronicizează și necesită tratamente suplimentare
- Recidive. Persoanele cu fisuri anale sunt mai expuse probabilității de a avea și altele
- Ruptura extinsă la nivelul muchilor învecinați. O fisură anal se poate extinde la sfincterul anal intern, ceea ce duce la vindecarea dificilă a acesteia. O fisură anală nevindecată atrage cerc vicios de disconfort care implică tratament medicamentos și chirurgical pentru a reduce durerea și pentru a trata fisura.

Pentru diagnosticarea fisurii anale, este posibil ca medicul chirurg să facă un tușeu rectal. Dacă această procedură produce prea multă durere pacientului, medicul poate diagnostica fisura anală prin observație.

O fisură anală acută arată ca o rană recentă, la fel ca tăietura în hârtie. În cazul celei cronice, pe lângă rană, se pot observa două umflături sau dilatații separate pe piele, una internă și una externă.

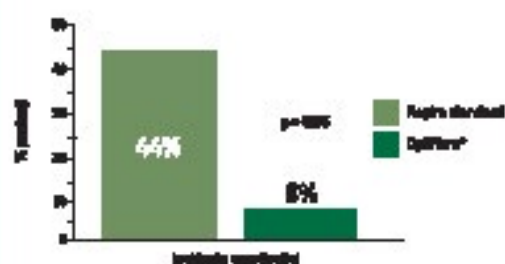
Unele schimbări în stilul de viață ajută la ameliorarea simptomelor, favorizând vindecarea fisurii anale, prevenind recidivele:

- Incluziunea fibrelor în dietă. Un consum zilnic de 25-30 de grame de fibre ajută la înmuierea scaunului, favorizând vindecarea fisurii anale. Printre alimentele bogate în fibre se numără fructele, legumele, nucile și cerealele integrale. De asemenea, se pot lua suplimente cu fibre. Fibrele pot cauza balonare și gaze intestinale, de aceea, consumul lor trebuie să se facă gradual.
- Hidratarea corespunzătoare. Lichidele previn constipația.
- Practicarea unei activități fizice. Este recomandată mișcarea moderată, precum mersul pe jos, 30 de minute, zilnic. Mișcarea susține peristaltismul intestinal și crește irigarea cu sânge în toate părțile corpului, ceea ce ajută la vindecarea fisurii anale.
- Evitarea încordării în timpul defecației. Aceasta poate crea presiune, ceea ce poate duce la apariția de noi rupturi.

Sursa: www.reginamaria.ro

OptiFibre® conține 100% gumă de guar parțial hidrolizată (PHGG) și este dovedit clinic că reduce constipația și ajută la reglarea tranzitului intestinal.^{1,2}

OptiFibre® stimulează peristaltismul și frecvența mișcărilor intestinale, fără a determina diaree.³



Consumul de OptiFibre® reduce nevoia utilizării de laxative.⁴



40% dintre pacienți au observat o îmbunătățire a tranzitului intestinal după primele 2-3 zile, iar 87% în mai puțin de o săptămână.⁵

Cui se recomandă

OptiFibre



Adulți și copii cu vârsta peste 3 ani



Femei însărcinate sau care alăptază



Vârstnici/persoane care suferă de diabet

Recomandare de administrare

Se recomandă administrarea de OptiFibre® treptat, începând cu 1 măsură pe zi. Dacă este necesar, se crește consumul treptat, cu o măsură la fiecare 3 zile. Odată ce tranzitul intestinal s-a reglat, nu mai creșteți numărul de măsuri pe zi.

	Număr de lingurițe de OptiFibre®				
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-10 ani	
Zilă	Dinainte	Prine	Seară	Dinainte	Seară
1-3	1			1/2	
4-6	1		1	1/2	1/2
de la ziua 7	1	1	1	1	1
	Doză maximă 3g			Doză maximă 3g	

Se recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 3 săptămâni, pentru un efect susținut.

OptiFibre® are o toleranță bună și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse.^{6,7}

Avantajele

OptiFibre



100% din proveniență
OptiFibre® este 100% de origine vegetală, nu conține gluten, zahăr, arome sau îndulcitori artificiali.



Gust neutru
OptiFibre® se dizolvă complet și nu are gust sau miros.



Ușor de utilizat
OptiFibre® poate fi amestecat în lichide sau alimente moi, calde sau reci (ex.: apă, keurt, piure).

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

Bibliografie

1. Geczi S, et al. La Clinica Terapeutica. 2001;15(1):21-25. 2. Kasper HC et al. J Functional Foods. 2012;3(2):46-51. 3. Hermann HR, et al. Clinica Nutrition Supplements 2004; 4. Potholakis M, et al. J Am Diet Assoc. 1996; 96: 912-914. 5. Iqbal M. J. Food Research Int. 2012; 4. Sarfraz C et al. Long-term fiber intervention program. Journal of the American Dietetic Association 2005; 105(6):922. 7. Kasper H et al. Ernährungswissenschaften und Diätetik. 12. Auflage. Auf. 2004; Elsevier; Urban & Fischer 2014.

Tulburările de alimentație pediatrică – cadru clinic și conceptul actual



Conf. Dr.
Victoria Hurduc

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

Dr. Luiza Bordei *,

Dr Andreea Manda **,

* Spitalul Clinic de Copii
„Dr. Victor Gomoiu”, București

** Regina Maria – Centrul pentru
dificultăți alimentare pediatrică -
Policlinica Floreasca, București

Termenul de tulburări de alimentație include un spectru heterogen de situații definit printr-un aport oral inadecvat cantitativ sau calitativ, necesar pentru menținerea stării de nutriție și a creșterii corespunzătoare vârstei, asociat unor factori medicali, nutriționali, aptitudinilor de hrănire și/sau disfuncției psihosociale. Alimentația este un proces complex care necesită interacțiunea dintre sistemul nervos central și cel periferic, mecanismul orofaringeal, sistemul cardiopulmonar și gastrointestinal, cu suportul asigurat de structurile craniofaciale și cele musculoscheletale. Dificultățile alimentare reprezintă un termen „umbrelă” care cuprinde toate problemele asociate alimentației, indiferent de etiologie, severitate și consecințe și care afectează procesul de furnizare a alimentelor necesare creșterii și dezvoltării normale a copilului. Dificultățile alimentare se prezintă în moduri variate, sub formă de mese prelungite, refuzul alimentelor, servirea mesei în condiții stresante cu distragerea atenției, lipsa alimentației independente adecvate, alimentarea nocturnă a sugarilor și a copiilor mici, durata prelungită a alăptării sau a administrării formulei la sugari și copiii mici, imposibilitatea introducerii alimentelor solide, cu anumite texturi. În principiu, dificultățile de alimentație pot fi clasificate în 3 categorii principale: apetit limitat, aport selectiv și teama de alimentație. Cu rare excepții, clasificările recente ale dificultăților alimentare omit percepția parentală greșită, care este o problemă ce necesită o rezolvare clinică, precum și tulburările relației/interacțiunii dintre copil și persoana de îngrijire care îl hrănește.

Tulburările de alimentație presupun o etiologie mixtă determinată de afecțiuni medicale, tulburări funcționale, perturbări emoționale, comportamentale și relaționale care certifică abordarea multidisciplinară, peste 85% din cazuri „organice și nonorganice” caracterizându-se prin coexistența a 2-4 cauze.

Paradigmele diagnostice clasice au definit tulburările de alimentație conform dichotomiei organice/non-organice, fără caracterizarea limitărilor funcționale asociate, fundamentale pentru stabilirea intervențiilor terapeutice adecvate.

Recent a fost propusă o “abordare holistică” a tulburărilor de alimentație care include impactul fiziologic și funcțional al acestora, respectiv mecanismele afectate, factorii facilitatori familiali și barierele de mediu și cel mai important, impactul asupra participării la viața zilnică familială și comunitară. Definiția consens a tulburărilor de alimentație pediatrică se bazează pe Clasificarea Internațională a Stării de Sănătate, Funcționare și Dizabilitate (ICF2016) într-un cadru furnizat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Conform acesteia, starea de funcționare este definită drept un termen umbrelă pentru funcțiile organismului, activitățile și participarea, iar cel de dizabilitate se referă la afectarea funcțională sau structurală a organismului, cu limitarea activității și restrângerea participării.

Tulburările de alimentație sunt surprinzător de frecvente, afectând aproximativ 25-35% dintre copiii cu dezvoltare normală și respectiv 40-80% dintre cei cu tulburări de dezvoltare. Prezența tulburărilor de alimentație la vârsta mică sau la adolescenți implică un risc semnificativ pentru dezvoltarea lor la vârsta adultă. Procentul copiilor cu un comportament alimentar dificil, selectiv (“mofturoși”) crește de la 19 % la vârsta de 4 luni, până la 50% la vârsta de 24 luni.

Vârsta gestațională de 34 săptămâni este “o piatră de hotar” pentru dezvoltarea alimentației orale. Istoricul de prematuritate sau dismaturitate corelat cu manevrele de terapie intensivă susține importanța componentei neurofiziologice a tulburărilor aptitudinilor alimentare orale. În general, tulburările de alimentație ale copiilor mai mici de 2 ani sunt corelate cu disfuncția orală, iar cele ale copiilor în vârstă de peste 2 ani se asociază mai frecvent cu o componentă comportamentală. Selectivitatea alimentară (“zig-zagulară”) debutează de obicei în jurul vârstei de 18

luni, când autonomia și dependența au fost negociate între părinți și copii.

Tulburările de alimentație pediatrică pot fi clasificate în forme acute, cu durată < 3 luni și forme cronice, cu durată > 3 luni. Conform definiției, tulburările de alimentație pediatrică presupun afectarea aportului oral, respectiv incapacitatea consumului suficient de alimente și lichide pentru asigurarea necesarului nutrițional adecvat și exclud dificultățile alimentare tranzitorii asociate afecțiunilor acute. În plus, tulburările de alimentație trebuie diferențiate de tulburările de comportament alimentar (precum anorexia nervoasă, bulimia, binge eating, rumația, pica, etc) asociate cu perturbarea imaginii corporale.

Pica și rumația pot fi asociate tulburărilor de alimentație, dar prezența lor izolată nu constituie o tulburare de alimentație.

Criteriile recente (2019) propuse pentru diagnosticul tulburărilor de alimentație pediatrică vizează perturbarea aportului oral de nutrienți, care este inadecvat pentru vârstă, cu o evoluție zilnică de cel puțin 2 săptămâni, asociată cu unul sau mai multe elemente:

- Disfuncție medicală (compromitere cardio-respiratorie în timpul hrănirii orale, aspirație sau pneumonie recurentă de aspirație)
- Disfuncție nutrițională (malnutriție sau deficit nutrițional specific prin scăderea diversității dietetice, susținerea nutrițională și/sau a hidratării prin utilizarea nutriției enterale sau a suplimentelor orale)
- Disfuncția aptitudinilor de alimentație evidențiată prin nevoia modificării texturii lichidelor sau a alimentelor, utilizarea unui echipament sau poziții de hrănire modificate; folosirea unor strategii modificate de hrănire
- Disfuncția psihosocială (comportamentul de evitare activă sau pasivă, managementul inadecvat în timpul alimentației copilului al persoanei de îngrijire; perturbarea relației copil-persoana de îngrijire asociat hrănirii) perturbarea funcționării sociale în contextul alimentației, etc.

Promovarea cadrului conceptual cuprinzător al tulburărilor de alimentație pediatrică, adresat perturbărilor fiziologice și funcționale în relație cu cele 4 tipuri de disfuncții din domeniile complementare, facilitează identificarea precoce a subtipurilor diagnostice cu implicații terapeutice și prognostice și favorizează abordarea multidisciplinară pentru optimizarea îngrijirilor acordate.

ANEMIA PRIN CARENȚĂ DE FIER



tot'héma®



TRATEAZĂ **PROMPT** **TOTI**
PACIENȚII DUMNEAVOASTRĂ

- ▶ Normalizează nivelul hemoglobinei în ziua 30 la toate tipurile de pacienți^{1,2,3}
- ▶ Previne consecințele anemiei prin carență de fier^{1,2,3}
- ▶ Absorbție rapidă + Toleranță bună^{1,2}
- ▶ Formulă unică: Fe²⁺ + Mn²⁺ + Cu²⁺¹



1. A study with 100 patients (50 pregnant women and 50 elderly patients) showed that the use of Tot'héma® significantly reduced the time to reach a hemoglobin level of 120 g/L. 2. A study with 100 patients (50 pregnant women and 50 elderly patients) showed that the use of Tot'héma® significantly reduced the time to reach a hemoglobin level of 120 g/L. 3. A study with 100 patients (50 pregnant women and 50 elderly patients) showed that the use of Tot'héma® significantly reduced the time to reach a hemoglobin level of 120 g/L.



Vaccinarea anti-COVID-19 în condiții speciale

Consilierea provaccinare în practica medicului de familie

Vaccinarea specifică poate fi soluția ieșirii din criza generată de pandemia COVID-19 cu condiția realizării unei acoperiri vaccinale de minimum 70 % și a păstrării în continuare a regulilor de protecție individuală.



Dezvoltarea vaccinurilor COVID-19 se bazează pe alocarea unor resurse uriașe pentru cercetare și pe un dialog continuu între dezvoltatori și grupul de experți pentru reglementare iar evaluarea și aprobarea vaccinurilor respectă standardele de siguranță, calitate și eficacitate¹.

Recomandarea vaccinării anti-COVID-19 este pentru majoritatea pacienților cu boli cronice pentru a scădea riscul infectării cu SARS-CoV-2 și pentru a evita dezvoltarea unor complicații grave uneori fatale².

Informarea acestei categorii de pacienți și consilierea corectă privind vaccinarea anti-Covid-19 aparține medicului de familie, specialistul care cunoaște cel mai bine starea de sănătate a pacientului, riscul de a dezvolta o formă gravă de boală respectiv beneficiile sau precauțiile în cazul administrării vaccinului. Colaborarea medicului de familie cu alți medici specialiști, implicați în îngrijirea pacientului cronic, este esențială pentru o decizie corectă privind protecția prin vaccinare cântărind pe de o parte, riscul de îmbolnăvire și de complicații ale infecției cu SARS-CoV-2 iar pe de altă parte, riscul unor eventuale reacții adverse sau o eficiență mai scăzută a vaccinului.

În acest context, comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, asociațiile profesionale naționale și internaționale, au elaborat ghiduri privind recomandările de vacci-

nare pentru diverse categorii de pacienți.

Sinteza principalelor recomandări de vaccinare anti-COVID-19 pentru pacienții cu afecțiuni cronice precum și recomandările de vaccinare în situații speciale: convalescența post-Infecție COVID-19, sarcina și alăptarea.

1. Pacienții aflați sub tratament anti-coagulant³, pot primi vaccinul în siguranță dacă sunt tratați cu:

- Preparate cumarinice - pentru INR ținută la valori 2-3
- Anticoagulante directe (apixaban, rivaroxaban, edoxaban, dabigatran)
- Tratament anticoagulant injectabil (heparine cu greutate moleculară mică sau fondaparinux)

Ca măsură de precauție suplimentară se poate recomanda administrarea dozei zilnice de anticoagulant după administrarea vaccinului (temporizarea administrării dozei zilnice de anticoagulant până după administrarea vaccinului), fără a omite nici o doză de anticoagulant.

Pentru reducerea riscului de apariție a unor hematoame sau sângerări la locul vaccinării, se recomandă folosirea unor ace atraumatice (cu diametrul de 23 sau 25 Gauge) iar pacienții vor fi instruiți să aplice o presiune fermă la locul vaccinării minim 2 minute după vaccinare.

2. Pacienții care sunt sub tratament antiagregant plachetar (aspirină, clopidogrel sau ticagrelor) sau tratament dublu antiagregant (asociere aspirină plus clopidogrel sau ticagrelor) - nu necesită nici o ajustare a medicației³

3. Pacienții cu boli reumatice de tip inflamator, autoimun - pot fi vaccinați anti-COVID-19 pentru reducerea riscului de îmbolnăvire cu SARS-CoV-2 fiind, însă, aplicabile contraindicațiile și atenționările generale privind vaccinarea acestei categorii de pacienți.

Nu există informații care să ateste că vaccinarea împotriva COVID-19 ar putea reactiva bolile reumatice de tip inflamator sau autoimun, de asemenea nu au

fost semnalate reacții adverse particulare post-vaccinare la acești pacienți.

Pentru a asigura eficacitatea maximă a vaccinării, în mod ideal este recomandabil ca aceasta să fie realizată într-un moment când boala reumatică este bine controlată sau înainte de începerea tratamentului imunosupresor⁴.

4. Pacienții aflați sub tratament imunosupresor

Pot fi vaccinați, de regulă, fără să necesite modificarea schemei de tratament. În situații particulare, medicul reumatolog poate decide altfel, ținând cont de tipul bolii reumatice, gradul de activitate al acesteia, tratamentul imunosupresor folosit (cu atenție specială la pacienții tratați cu Rituximab), precum și de comorbiditățile prezente.

5. Pacienții cu afecțiuni oncologice

Severitatea infecției cu COVID-19 la pacientul neoplazic, este asociată cu o rată de mortalitate semnificativ mai mare comparativ cu cea constatată la pacientul fără boală neoplazică. Având în vedere rata de mortalitate crescută asociată pacientului neoplazic care dezvoltă o infecție cu SARS-CoV-2 se recomandă protecția prin vaccin anti-COVID-19 a pacienților aflați înaintea, sub sau în urma administrării chimioterapiei, a unei terapii țintite monoclonal și/sau terapii cu inhibitori ai ckeck -point-urilor ciclului celular.

Societățile Americane și Europene de Oncologie Medicală recomandă vaccinarea anti - COVID - 19 în cazul:

- pacienților cu boli maligne hematologice, în special leucemii acute și cronice
- pacienților cu limfoame maligne
- pacienților cu tumori solide aflate în stadiul evolutiv avansat, a căror boală nu se află în remisiune sau a căror remisiune are o durată mai mică de 5 ani
- pacienților aflați sub tratament sistemic antineoplazic.

6. Pacienții cu afecțiuni alergice

Agențiile de reglementare din Uniunea Europeană, Statele Unite ale Americii și

Marea Britanie precum și EAACI (Academia Europeană de Alergologie și Imunologie Clinică) și WHO (Organizația Mondială a Sănătății) sunt de acord că vaccinarea COVID-19 este contraindicată numai în cazul hipersensibilității la oricare dintre componentele vaccinului sau în cazul reacției alergice severe la o doză anterioară de vaccin⁵.

Alergia la medicamente, alimente, veninuri de insecte sau alergene respiratorii (acarieni de praf, mușcăiuri, animale de companie) NU este contraindicație pentru niciun vaccin, inclusiv pentru vaccinurile COVID-19.

Cu excepția cazului în care pacientul are antecedente de reacție alergică la oricare dintre componentele vaccinului, nu există nicio contraindicație pentru vaccinurile COVID-19 aprobate în prezent (Pfizer/BioNTech BNT162B2, Moderna mRNA-1273, AstraZeneca recombinant adenoviral ChAdOx1-S).

Doza 2 de vaccin NU este contraindicată persoanelor care au avut erupție cutanată după prima doză dar nu au asociat alte simptome care să indice o reacție anafilactică care să pună în pericol viața.

Reacțiile alergice severe pot fi imprevizibile și pot apărea oricând la persoane fără antecedente de afecțiuni alergice; de aceea timpul de observație după vaccinare ar trebui să fie de minim 15 minute. Conform EMA, istoricul de reacții alergice la orice alt vaccin sau orice terapie injectabilă fără legătură cu substanțele incluse în vaccinurile împotriva COVID-19 nu reprezintă o contraindicație de vaccinare. Totuși, se impun măsuri de precauție speciale pentru aceste persoane, respectiv informarea/ sfătuiră acestora cu privire la eventualele riscuri ale dezvoltării unei reacții alergice severe și supravegherea mai îndelungată (30 minute) a pacienților cu acest istoric.

(Vezi Tabel 1 Recomandări vaccinare anti-COVID-19 în funcție de istoricul de alergie)

7. Vaccinarea anti-COVID-19 după infecția cu SARS-CoV-2

Se recomandă vaccinarea pacienților care au trecut prin boală, la minimum 4 săptămâni de la primul test PCR pozitiv în cazul pacienților cu formă ușoară și la aproximativ 3 luni în cazul pacienților cu

Istoric de alergie la:

- alergene alimentare
- alergene respiratorii
- veninuri de insecte/Hymenoptere (albină, viespe)
- medicamente cu administrare orală
- medicamente cu administrare injectabilă cu reacție alergică non-severă (ex. reacție cutanată)
- medicamente incidentificate cu reacție non-severă

- reacție anafilactică severă (respirație dificilă, șuierătoare, amețea, pierderea stării de conștiență) însoțită de un vaccin anterior, medicament, injecție de insecte sau alimente!
- reacție anafilactică severă de cauză necunoscută/inertă sau nelăstăvită

- mastocitoză cutanată sau sistemică, sindrom de activare mastocitară
- astm bronșic recent controlat
- urticarie localizată la locul de injecție a primei doze de vaccin

- reacție sistemică sau anafilaxie cunoscută la una dintre componentele vaccinului
- sensibilizare probabilă de tip imediat la polietilenglicol* (PEG sau macrogol), polisorbat** sau trometamina** (TRIS, tromethamol)
- anafilaxie după prima doză de vaccin COVID-19

despre reacțiile severe la un vaccin alergic pe scurt lângă cauză în probare cunoscută. Simptomele și alergenii diagnosticat poate reacționa în funcție de polietilenglicolul - reacționează precum în vaccinul COVID-19 Pfizer/BioNTech BNT162B2, în funcție de - excipienți prezente în vaccinul COVID-19 Moderna mRNA-1273

Recomandări

Vaccinul poate fi administrat, cu supraveghere minim 15 minute după administrare

Se solicită evaluarea medicului specialist alergolog și, în condițiile în care se poate efectua vaccinarea, pacientul va fi supravegheat cel puțin 30 de minute după administrare

Vaccinul poate fi administrat cu premedicație și monitorizare prelungită cel puțin 30 de minute după administrare

Este contraindicată administrarea. Evaluare ulterioară a medicului specialist alergolog.

Tabel 1 Recomandări vaccinare anti-COVID-19 în funcție de istoricul de alergie⁶

formă moderată, severă sau critică⁷. Cum riscul de reinfectare a persoanelor trecute recent prin boală este destul de mic, aceste persoane pot alege să se vaccineze la 1-3 luni de la testul RT-PCR pozitiv.

În cazul pacienților cu COVID-19 tratați cu plasmă convalescentă sau anticorpi monoclonali se recomandă întârzierea vaccinării cu 3 luni pentru a nu fi scăzută eficiența.

Persoanele care au primit prima doză de vaccin și ulterior au fost diagnosticate cu COVID-19, pot primi cea de-a doua doză de vaccin dacă aceștia au depășit faza activă de boală, respectiv dacă simptomatologia s-a remis iar sindromul inflamator a devenit absent.

8. Vaccinarea anti-COVID-19 în situații speciale – sarcina și alăptarea⁸

Consilierea gravidei se va face acordând toate informațiile cunoscute și datele, încă limitate, privind siguranța vaccinului la gravide și motivul acestei limitări.

Pe de altă parte, se vor explica și riscurile mamei și fătului în momentul îmbolnăvirii cu COVID-19 și severitatea bolii în sarcină.

Gravidele simptomatice cu boală COVID-19 sunt la un risc mai mare de a dezvolta forma severă decât femeile simptomatice COVID-19 care nu sunt gravide.

Gravidele cu diabet, obezitate sunt la un risc și mai mare de boală COVID-19 formă severă decât gravidele fără comorbidități.

Decizia de a se vaccina sau nu, aparține pacientei, după ce a primit toate informațiile și răspunsurile la întrebările ei.

Femeile care alăptează nu au fost incluse în studiile clinice, dar datele sugerează că vaccinul nu trece în lapte și în orice caz nu poate acționa asupra nou-născutului. Dacă vaccinul COVID-19 este înghițit și nu injectat intramuscular, este supus digestiei și inactivat imediat.

Concluzii

1. Ministerul Sănătății a elaborat o broșură adresată personalului medical care cuprinde toate recomandările Comisiilor de Specialitate precum și răspunsuri la cele mai frecvente întrebări legate de vaccinarea COVID-19 în unele situații speciale.

- Informarea corectă și consilierea pro-vaccinare este responsabilitatea medicului curant în general și a medicului de familie, în special.
- Excluderea generalizată a pacienților cronici de la vaccinare va avea un impact negativ atât asupra sănătății individuale cât și asupra atingerii obiectivului imunizării colective.

Bibliografie

- CE - Vaccinarea împotriva Covid19 în UE https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/questions-and-answers-covid-19-vaccination-eu_ro#vaccinarea-mpotriva-covid-19-n-ue
- CDC Benefits of Getting a COVID-19 Vaccine. Updated Jan.5 2021 www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/vaccine-benefits.html
- MS Comisia Cardiologie - Recomandări referitoare la vaccinarea COVID-19 la pacienții cu afecțiuni cardiovasculare aflați sub tratament anticoagulant sau antiagregant.
- Soc Romana Reumatologie - Recomandări privind vaccinarea împotriva covid-19 la pacienții cu boli reumatice de tip inflamator / autoimun / terapii imunosupresoare
- EAACI statement on the diagnosis, management and prevention of severe allergic reactions to COVID-19 vaccines – Allergy doi:10.1111/ALL.14739, 16 ianuarie 2021
- Soc Romana de Alergologie și Imunologie Clinica - Recomandări privind vaccinarea împotriva SARS-CoV2 a persoanelor cu afecțiuni alergice
- Min Sanatatii - Vaccinarea anti COVID-19 Întrebări și răspunsuri pentru medici. Informații utile. Opiniile comisiilor de specialitate. Ianuarie 2021
- Poziția societății de obstetrică și ginecologie din România (sogr) față de vaccinarea covid-19 a femeii gravide și care alăptează 15 ianuarie 2021

„Patologia din domeniul endocrinologie și diabet pediatric confirmă faptul că micii pacienți nu sunt adulți în miniatură”

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

Stimate domnule profesor, 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 interes în domeniu.

Deși, la prima vedere, această subspecialitate pare să fie în dezacord cu cele două specialități care se adresează patologiei adultului din țara noastră („endocrinologia” 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.

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

Copilul este un organism aflat într-o continuă creștere și dezvoltare, „suferă” o permanentă transformare psiho-emoțională și hormonală având nevoi speciale pe care le poate gestiona cel mai bine un medic a cărui formare de bază este pediatria.

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. Întrebări ale părinților de felul: De ce a apărut diabetul la copilul meu? Cine este de vină? Ce trebuia să fac să nu apară diabetul ? rămân încă fără un răspuns satisfăcător pentru părinții copilului. 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 !

În afara celor precizate menționez o serie de alte argumente:

a. 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;

b. ESPE (European Society for Paediatric Endocrinology) a luat ființă în anul 1968 și are la ora actuală peste 1200 de membri din 91 de țări, iar ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes) a fost înființată în anul 1974.

c. 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 pediatrie 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 pediatrii care au a doua specialitate endocrinologia (DAR cu pregătire și examen de specialitate din tematica de endocrinologie adulți !!) 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 aprobarii 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).

Care este scopul ENDOPED ?

Scopul SOCIETĂȚII ROMÂNE DE DIABET, NUTRIȚIE ȘI ENDOCRINOLOGIE PEDIATRICĂ (ENDOPED) este de a reuni medici pediatri români sau străini și/sau medici din alte specialități înrudite cu medicina pediatrică, în vederea îmbunătățirii continue a nivelului profesional, științific și deontologic al membrilor săi în vederea creșterii performanțelor actului medical.

ENDOPED își propune 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 post-universitară a medicilor rezidenți. De 3 ani în curricula rezidenților de pediatrie există un modul de endocrinologie și diabet pediatric cu durata de 3 luni.

Ce tip de diabet are o creștere mai accelerată în rândul copiilor și care pot fi cauzele acestei creșteri ?

În majoritatea țărilor occidentale, DZ de tip 1 reprezintă peste 90% din cazurile de DZ întâlnite la copil și adolescent.

Ca și în celelalte țări europene incidența DZ tip 1 la copil este în creștere și la noi în țară. În 2011 erau înregistrate 2651 cazuri de la grupa de vârstă pediatrică din care 61% în mediul urban cu un număr de 262 cazuri noi pe an în 2010, iar în anul 2014 erau 3.014 copii.

Având în vedere că DZ tip 1 la copil este o boală ambivalentă (atât acută cât și cronică) dispensarizarea copilului cu diabet zaharat presupune control clinico-biologic minimal la 3 luni interval. De multe ori (perioadele de creștere, pubertatea, adolescența) impun o dispensarizare (contact medic – pacient) intensifica-

tă la intervale mai scurte de timp. Lipsa pediatrilor specializați în acest domeniu limitează accesul pacienților la o asistență medicală de calitate în timp util.

Pe de altă parte dispensarizare se poate efectua eficient numai într-o secție de pediatrie mai ales că în ultimii ani ne confruntăm cu creșterea numărului de cazuri nou diagnosticate la vârste din ce în ce mai mici (1-5 ani) cazuri care nu pot fi internate într-o secție de diabetologie adulți. Debutul DZ la aceste vârste mici crește durata de expunere la boală cu creșterea riscului instalării complicațiilor cornice la adultul tânăr.

Este obezitatea copilului o problemă de sănătate publică ?

Prevalența excesului ponderal și a obezității la populația de vârstă pediatrică este la ora actuală inacceptabil de ridicată atât în Europa cât și în alte colțuri ale lumii și din păcate într-o continuă creștere.

În țara noastră, deși avem puține studii epidemiologice recente referitoare la incidența și prevalența supraponderii și obezității la copil, rezultatele prezentate sunt similare cu cele din Europa.

Această patologie afectează aproximativ o treime (34,6%) dintre copiii cu vârsta cuprinsă în intervalul 7-12 ani.

Aparent, diagnosticul de Suprapondere sau Obezitate este unul simplu, care poate fi stabilit în urma oricărui examen clinic obiectiv de rutină, în orice cabinet de medicină de familie și/sau pediatrie. Cu toate acestea, în practica clinică curentă, această afecțiune este trecută cu vederea. Cauzele subdiagnosticării pot fi multiple, de la nerecunoașterea problemei de către părinți datorită unui nivel educațional scăzut al acestora până la lipsa programelor periodice de pregătire adresate în special medicilor de familie și pediatrilor care își desfășoară activitatea în alte orașe decât centrele universitare prin care să beneficieze de actualizarea cunoștințelor medicale.

Copii obezi au un risc considerabil mai mare de a dezvolta diabet zaharat tip 2 și factori de risc cardiometabolici, precum hipertensiune arterială, dislipidemie și rezistență la acțiunea insulinei. Toate acestea reprezintă criterii de definire a sindromului metabolic și se asociază cu comorbidități care influențează negativ starea de sănătate a copiilor și adolescenților.

Apariția obezității în copilărie și adolescență reprezintă cu siguranță etapa premergătoare sindromului metabolic care atrage după sine instalarea complicațiilor cardio-metabolice cu progresie spre DZ tip 2 și boli cardio-vasculare care declanșate încă din perioada copilăriei, influențează major morbiditatea și mortalitatea în viața de adult tânăr. De aici reiese necesitatea asiduă de a preveni aceste complicații stopând aceasta adevărată epidemie care este obezitatea.

Există diabet zaharat tip 2 la copil?

La începutul secolului XXI diabetul zaharat de tip 2 era considerat apanajul adultului cu obezitate, în timp ce la vârsta pediatrică se recunoștea că DZ tip 2 se întâlnește mai ales în anumite grupuri populaționale (hispanici, indienii Pima, afro-americani și asiatici).

În ultimele două decenii, odată cu creșterea dramatică, a incidenței obezității la copil, a crescut și prevalența DZ tip 2 la vârsta pediatrică. Referitor la această tendință sunt tot mai multe ”voci” care susțin că această situație se datorește modificării stilului de viață la persoane cu predispoziție genetică.

Da, și la noi în țară avem DZ tip 2 la grupa de vârstă pediatrică.

Ce altceva mai puteți preciza ?

Argumentele enumerate mai sus sunt valabile și pentru orice altă patologie endocrinologică (tulburările de creștere, patologia tirodiană, tulburările metabolismului fosfo – calcic, tulburările de diferențiere sexuală, tulburările pubertății etc) aparute la grupa de vârstă pediatrică care la fel ca și diabetul zaharat sunt în creștere.

Este foarte greu de precizat numărul exact al cazurilor pe diferitele patologii endocrine deoarece nu există, ca în cazul DZ, registre naționale, micuții pacienți fiind în majoritatea județelor țării (excepție: București, Cluj și Timișoara) în tratamentul endocrinologilor de adulți care își desfășoară activitatea atât în servicii de stat cât și private.

În loc de încheiere doresc să ne reamintim că: **„Toți oamenii mari au fost cândva copii. Dar puțini își mai aduc aminte”** (Antoine de Saint-Exupery: în **Micul Prinț**)

Contour.

Evoluăm împreună

Glucometrele CONTOUR®PLUS ONE: rezultate ale determinării glicemiei remarcabil de precise¹...



Nu toate glucometrele oferă aceeași precizie²

Sistemul CONTOUR®PLUS ONE a arătat o acuratețe remarcabilă și s-a demonstrat că asigură o marjă de eroare de $\pm 8,5$ mg/dL sau $\pm 8,5\%$ în intervalul total.^{**1}



Contour.
plus ONE

Sistem de
Monitorizare a Glicemiei

ASCENSIA
Diabetes Care

^{**1} Rezultatele provin dintr-o analiză ad hoc a sistemului CONTOUR®PLUS ONE a demonstrat faptul că 95% din numărul total de rezultate s-au încadrat în intervalul $\pm 8,5$ mg/dL sau $\pm 8,5\%$ al valorilor de referință ale glicemiei YSI (YSI Life Sciences, Inc., Yellow Springs, OH) pentru rezultatele obținute din sângele capilar prelevat din vârful degetului de la subiecți cu diabet, pentru probe cu concentrații ale glicemiei < 100 mg/dL, respectiv ≥ 100 mg/dL.

... printr-o testare simplă¹

Testarea glicemiei trebuie să fie simplă și intuitivă

Glucometrele CONTOUR®PLUS ONE

- ușor de utilizat
- Second-Chance™ sampling (recoltarea a doua șansă) vă permite să aplicați mai mult sânge la aceeași bandeletă de testare în decurs de 60 de secunde dacă prima probă nu este suficientă³
- rezultate ușor de înțeles cu funcția smartLIGHT™

Funcția smartLIGHT®:

vă oferă un indicator instantaneu al rezultatelor glicemiei, astfel încat veți ști dacă sunteți în intervalul țintă, peste, sau sub intervalul țintă



Nu toate glucometrele care utilizează aplicații pot detecta hipoglicemia⁵

Alerte automate dacă măsurătorile glicemiei ajung la un nivel critic, crescut sau scăzut



Gestionarea inteligentă a diabetului cu aplicația CONTOUR®DIABETES*

**Contour.
plus ONE**
Sistem de
Monitorizare a Glicemiei



ASCENSIA
Diabetes Care

Pentru mai multe informații, vizitați www.contourplusone.ro

*Pentru o listă a dispozitivelor compatibile, vizitați <http://compatibility.contourone.com/>

BIBLIOGRAFIE:

1. Bailey TS et al. J Diabetes Sci Technol 2017;11(4):736-43. 2. Fredriksson E et al. Diabetes Ther 2018 Apr; 9(2):683-697. 3. Ghidul utilizatorilor CONTOURPLUS ONE BMES, septembrie 2016. 4. Katz LB et al. Expert Rev Med Devices. Iulie 2016; 13(7):619-26. 5. Richardson JM et al. Challenges of hypoglycemia management using mobile applications. Proceedings of the 13th International Conference on Wearable Computing Systems (ISWC); 10-22 februarie 2020, Madrid, Spania.

Ascensia, sigla Ascensia Diabetes Care, Contour și smartLIGHT și Second-Chance sunt mărci comerciale și/sau mărci comerciale înregistrate ale Ascensia Diabetes Care Holdings AG. ©2020 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Toate drepturile rezervate.

Despre amigdale și polipi - vegetații adenoide pe înțelesul tuturor – scurt ghid pentru un consimțământ cu adevărat informat

În aceste rânduri de mai jos îmi propun să expun modalitatea proprie de a discuta cu pacienții în legătură cu patologia amigdalelor și vegetațiilor adenoide. Consider că abordarea pe care o veți citi în continuare este de un real folos rezidenților și tinerilor specialiști pe de o parte dar mai ales pacienților. Totodată actul chirurgical va fi grevat de un consimțământ corect obținut și va aduce o siguranță și așteptări corecte de ambele părți.

A migdalele și vegetațiile adenoide (polipii copilului) sunt părți ale inelului Waldeyer, nume atribuit grupurilor de țesut limfoid cu rol de apărare care înconjoară partea din spatele nasului și a limbii la intrarea în gât. Inelul este poziționat ideal pentru a păzi sistemul respirator de invazia bacteriilor și virusilor prin capturarea acestora și producerea de anticorpi împotriva lor. La majoritatea persoanelor **amigdalele** se observă ușor de o parte și de alta a gâtului, în spatele și deasupra limbii, dar **vegetațiile adenoide**, din cauza poziției lor în spatele nasului și deasupra palatului moale, se pot vedea efectiv folosind o oglindă, un endoscop special introdus pe cale nazală ori se pot palpa cu degetul protejat de o mânășă. Rolul amigdalelor și vegetațiilor adenoide este de a atrage și oferi microorganismelor un loc temporar de creștere și înmulțire, în timp ce produc anticorpi împotriva acelorși „musafiri”. Într-o **SITUAȚIE IDEALĂ** acești anticorpi duc la eliminarea microorganismelor din gât. Dacă microorganismele reapar anticorpii odată produși se vor reactiva pentru a proteja gâtul, plămâni și restul corpului de infecție.

Această funcție de protecție este importantă în prima parte a vieții individului. DAR, cu trecerea timpului, acest rol scade în însemnătate tot mai mult deoarece acești anticorpi se mai

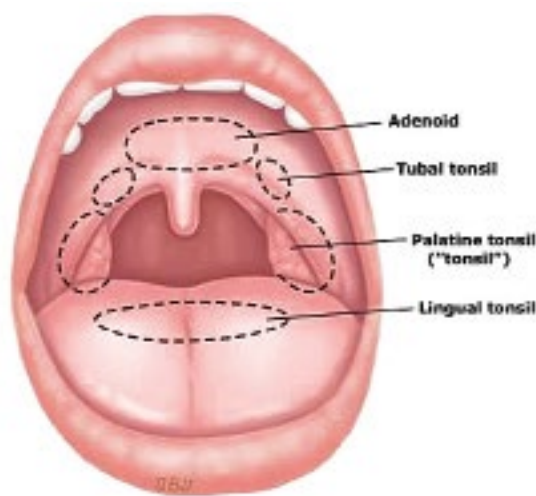


Fig. 1 Inelul Waldeyer (studyblue.com)
 Legenda: Adenoid = vegetații adenoide, polipii copilului
 Tubal tonsil = amigdala peritubară (din jurul orificiului trompei Eustachio, orificiul intern al urechii, din spatele nasului)
 Palatine tonsil = amigdala palatină, amigdala clasică
 Lingual tonsil = amigdala linguală

produc și în alte părți ale inelului lui Waldeyer sau ale sistemului limfatic situate la distanță în organism. În concluzie, **AMIGDALELE ȘI VEGETAȚIILE ADENOIDE SUNT ÎN TOTALITATE ELIMINABILE** și individul, respectiv corpul, în nici un fel, nu va fi mai rău din cauza exciziei lor sau a încetării funcției.

Pe de altă parte, AMIGDALELE ȘI VEGETAȚIILE ADENOIDE POT DEVENI PRIMEJDIOASE! Aceste organe se pot transforma în **REZERVUARE** de organisme patogene (producătoare de boli) și mai degrabă decât să protejeze devin **SURSE de infecții recurente**. Totodată, unul sau am-

bele organe pot fi într-atât mărite încât să dea **simptome obstructive** semnificative. Deși amigdalele respectiv vegetațiile adenoide mari sunt de obicei cele ce au suferit infecții repetate, chiar și organele sanoase pot fi prea mari și cu efect obstructiv.

Amigdalele și vegetațiile adenoide nu se îndepărtează întotdeauna în același timp! La copii este aproape standard îndepărtarea vegetațiilor adenoide în cazul unei operații de amigdalectomie, dar nu este cazul întotdeauna la adulți. Vegetațiile adenoide se pot îndepărta ca procedură separată destul de frecvent. La adult este rară necesitatea unei adenoidectomii, dar ocazional se pot întâlni situații în care acest țesut nu s-a micșorat odată cu creșterea. La orice vârstă amigdalele nu se îndepărtează dacă nu sunt indicații specifice pentru această procedură. Uneori se întâmplă ca un pacient operat pentru hipertrofia vegetațiilor adenoide să dezvolte la un moment dat în timp noi simptome care să indice amigdalectomia la un moment ulterior.

Cele mai frecvente indicații ale amigdalectomiei

1. Episoade repetate de infecție streptococică amigdaliană și/sau faringiană (minim 3 pe parcursul unui an de zile)

Video-Rino-Laringoscop USB Pediatric

Video Rhino Laryngoscope USB RSX-P (Pediatrie)

USB Video-Rhino-Laryngoscope

Diametre: 3,9 mm 2,9 mm

Lungime de lucru: 310mm

FOV: 90 °

Articulare vârf: 130 ° / 130 °

Greutate: aprox. 330g incl.



Plug & Play: All you need

Efficient Diagnostics. Made in Germany



- RSX 3.9mm diameter
- RSX-P 2.9mm diameter (Paediatrics)
- ultra-compact with integrated LED
- USB connection
- Resolution: 160.000 pixels



Cablu de conexiune USB

Rezoluție: 160.000 pixels

Lightsource: Putere mare integrată

Sursă de lumină LED

Complet imersibil

Curățarea mașinii/dezinfectare

2. Statusul de purtător de Streptococ
3. Infecții faringiene și/sau amigdalene cu alte bacterii decât Streptococul
4. Abces/flegmon periamigdalian în antecedente
5. Schimbarea calității vocii – ca și cum pacientul ar avea un cartof fierbinte în gură
6. Greutate la înghițit însoțită sau nu de episoade de înec și/sau vomă
7. Scurgerea salivei din gură fără alte cauze cunoscute
8. Intoleranța și/sau alergie medicamentoasă la preparate folosite pentru a trata cele de mai sus
9. Depozite amigdalene – acestea sunt pete albe - uneori galbui, urât mirositoare, pe suprafața amigdalelor
10. Sforăitul și/sau apneea obstructivă de somn. Aceasta a devenit actualmente una din cele mai comune indicații ale amigdalectomiei cu adenoidectomie la copii. **Sforăitorii copii întotdeauna se consideră a avea APNEE OBSTRUCTIVĂ DE SOMN! Aceasta poate da oprirea sau stagnarea creșterii la copii, somnolență diurnă, probleme comportamentale, deficit de învățare, micțiuni nocturne incontrolabile.** La adulți și alte probleme anatomice pot da obstrucția pe lângă amigdale și vegetații hipertrofice. La copii apneea este cauzată aproape exclusiv de hipertrofia amigdalelor și a vegetațiilor adenoide de aceea se indică îndepărtarea lor în vederea eliminării sforăitului și creșterii calității vieții. În foarte puține cazuri sforăitul poate persista datorită altor cauze anatomice dar acestea din urmă nu se pot evidenția decât ulterior îndepărtării amigdalelor și vegetațiilor adenoide. Polisomnografia este de un real ajutor și obligatorie pentru diagnostic la adulți însă la copii este rareori ajutătoare sau necesară.

Cele mai frecvente indicații ale adenoidectomiei

1. obstrucție nazală cu sau fără respirație predominant orală

2. Hipernazalitatea vocii
3. Uscarea buzelor, eroziunea dinților frontali și probleme de ocluzie dentară
4. Facies adenoidian
5. Nasul curge pe perioade lungi, cu sau fără infecții - răceli asociate frecvent sau infecții sinusale
6. Pacientul urmează să poarte aparat dentar
7. Otita medie seroasă cu sau fara recăderi și însoțită sau nu de scăderea auzului respectiv întârzierea vorbirii și dezvoltării intelectului
8. Intoleranța sau alergia medicamentoasă la preparate utilizate pentru tratarea afecțiunilor enumerate mai sus

Noutăți în domeniul chirurgiei vegetațiilor adenoide și amigdalelor

În ultimii ani au apărut și gesturi chirurgicale conexe în chirurgia acestor organe.

În primul rând a apărut posibilitatea înregistrării video a intervențiilor ceea ce chirurgul poate folosi în primul rând în scop demonstrative pentru o mai bună înțelegere din partea pacienților a acestei patologii. Pe de altă parte folosirea opticilor transnazal sau retrovelar permite un mai bun control al eventualelor resturi de vegetații adenoide rămase la nivelul părții superioare a coanelor sau în spatele orificiului tubar.

Tehnici precum laserul, radiofrecvența și coblația pot fi folosite cu succes în reducerea în volum a amigdalelor palatine. Dacă laserul și coblația se pretează doar la abordul în anestezie generală, radiofrecvența se poate folosi și în anestezie locală.

Tehnica prin radiofrecvență poartă numele de criptoliză și mai mult decât o reducere în volum a amigdalelor poate ajuta și la ameliorarea sau chiar suprimarea patologiei de tip tonsil stones. Aceste depozite de cazeum apărute pe suprafața amigdalelor pot fi generatorul unei stări neplăcute prin aspectul esthetic și halena de însoțire. Până la apariția acestei metode pacientul trebuia supus unei anestezii generale și amigdalectomii la fel ca în cazul asanării unui focar de tip infecțios.

Posibile părți neplăcute ale amigdalectomiei/ adenoidectomiei

Nici un tratament, atât medical cât și chirurgical, nu este fără risc. Operațiile din titlu sunt frecvente și ușor de efectuat tehnic, sunt puține efecte secundare. Același lucru se poate spune despre anestezie. Cu toate acestea decese, afecțiuni ale sistemului nervos central, probleme cardiace și pulmonare au fost descrise. Ca în cazul oricărei intervenții chirurgicale doctorii și pacienții împreună trebuie să fie pregătiți pentru absolut orice. Iată în continuare câteva posibile și mai frecvente complicații:

1. Datorită progreselor anesteziei și tehnicii sângerările mari imediat după operație sunt foarte rare, iar în cazul în care apar acestea pot necesita o reintervenție în sala de operații.
2. Sângerarea tardivă apare de obicei între ziua 4 și 12 postoperator. S-au menționat și cazuri de sângerare chiar și la 18 zile însă foarte rare. Procentul acestor sângerări este de aproximativ 5% la amigdalectomie. Aceste sângerări apar de obicei datorită căderii crustelor din loje și îngrijirii precare a plăgii postoperatorii. Chiar dacă apare, de obicei această hemoragie nu este gravă și uneori se poate rezolva și de la sine, însă destul de rar. În cazul adulților se poate rezolva de obicei ambulator la camera de gardă, anestezia generală fiind rezervată de obicei copiilor.
3. După intervenție rezultatele sunt cele așteptate în explicațiile de mai sus însă în medicina nimic nu este absolut! Pacientul nu va mai face amigdalite, nici infecții streptococice însă nu se poate spune că nu va mai răci niciodată din cauza infecțiilor virale comune la care suntem cu toții expusi.
4. Modificări sau dificultăți ale vorbirii precum și greutatea la înghițire pot apărea postoperator în ciuda eforturilor depuse de noi intraoperator.
5. **În cazul adulților în special nu există o garanție că sforăitul și apneea obstructivă de somn vor dispărea. Nu uitați că rezolvarea acestei probleme în principiu poate depinde de mai mulți factori anatomici.**

6. Întotdeauna vor fi pacienți care vor avea acuze de simptome neplăcute și discomfort cervical chiar când totul pare să fi decurs normal.
7. Cântăreții, actorii, naratorii, preoții și alți profesioniști ai vocii, cântăreții la instrumente de suflat trebuie să ia în considerare modificarea abilităților lor artistice postoperator și post-intubație endo traheală. La fel pot apărea modificări ale pronunției la vorbitorii de limbi în care pronunțarea literei R presupune vibrația palatului.
8. Riscul de sângerare după scoaterea polipilor este foarte mic, motiv pentru care în general pacienții sunt învoiiți la domiciliu chiar din ziua intervenției.
9. Unii pacienți pot dezvolta o rigiditate a mușchilor gâtului după adenoidectomie.
10. Durerea și greutatea la înghițit pot fi mai accentuate la unii pacienți și pot duce la deshidratare destul de severă.

11. Reacțiile la medicamentele administrate postoperator pot apărea chiar în cazul celor testate inițial cum sunt antibioticele.

Deci, cum ne decidem asupra necesității și momentului intervenției?

1. Când e clar că antibioticele, decongestionantele, antihistaminicele, antialergicele, dieta, tratamentele neconventionale, mutarea în zonă cu altă climă nu rezolvă problemele
2. Când ajungeți la concluzia că se poate îmbunătăți calitatea vieții dumneavoastră respectiv a copilului dumneavoastră
3. Când ajungeți la concluzia că infecția din organism, netratată, se poate disemina la sinusuri, urechi, plămâni, inimă
4. Când recunoașteți că boala cronică nu este un lucru bun pentru dvs sau copilul dvs și următoarea acutizare va avea consecințe probabil mai grave

5. Când recunoașteți că tratamentele repetate cu antibiotice și alte medicamente nu sunt benefice
6. Când vă hoărăți să acceptați durerea, câteva restricții postoperatorii și rarele dar totuși posibilele complicații postoperatorii în schimbul sfârșitului dramatic și rapid al bolii dvs cronice
7. Când pur și simplu ați ajuns la concluzia că ați suferit destul și doriți un remediu imediat și aproape 100% previzibil pentru afecțiunea dvs
8. Când ajungeți la concluzia că sfârșitul și apneea de somn interferă prea mult cu o calitate satisfăcătoare a vieții
9. Dacă doriți confirmarea că intervenția chirurgicală în acest moment este cea mai bună alegere nu ezitați să cereți o a doua opinie. Dacă doriți puteți căuta singur un alt doctor sau vă pot ajuta îndreptându-vă către un coleg specialist a cărui parere o consider pertinentă.

Mesaje de reținut

O persoană nu ar trebui să sufere de amigdalită mai mult de 2 ori pe an indiferent că este vorba de adult sau copil!

Calitatea vieții unui pacient scade direct proporțional cu numărul de tratamente medicamentoase administrate respectiv cu numărul de episoade infecțioase prin discomfortul creat de regimul igienic dietetic impus și de regulile pe care și le impune chiar pacientul pentru a evita reparația simptomelor!

Copilăria, și nu doar ea, ca perioadă a vieții individului trebuie să se traducă prin amintiri frumoase legate inclusiv de consumarea unei înghețate sau a unui sirop preparat cu apă minerală și nu prin vizite repetate la medic, litri de siropuri antibiotice administrate și interzicerea pe anumite perioade a ieșirilor din casă, respectiv a consumului unor alimente!

Bolile grave precum reumatismul articular, boli reanale, cardiace date de infecțiile vechi cu streptococ pot fi evitate

simply prin intervenție chirurgicală!

Scăderea auzului prin otite repetate la copiii mici duce la o întârziere a dezvoltării acestora din punct de vedere al inteligenței preșcolare și școlare!

Scăderea capacității de efort, nasul care curge mult și frecvent în față, sforăitul, apatia, scăderea capacității de concentrare, paloarea feței pot fi semne ale prezenței polipilor la copii!

Polipii și amigdalele mari duc la o falsă senzație de „sățul” prin oboseala mai rapidă a mușchilor ce ajută la înghițit – de aici o dezvoltare mai precară a copiilor cu polipi!

Respirația predominant pe gură a copiilor duce frecvent la faringite, amigdalite sau laringite deoarece aerul nu se încălzește suficient ca atunci când trece normal prin nas!

Respirația pe gură pentru a compensa blocajul nazal duce frecvent la defecte de implantare a dinților (atât cei de lapte cât și cei definitivi) care pot necesita aparate dentare sau tratamente stomatologice variate, cu costuri semnificative!

Polipii nu se vindecă prin tratamente medicamentoase fiind practic o bucată de țesut crescută și de obicei mărită în volum!

Polipii scoși corect, eventual sub control endoscopic nu se refac!

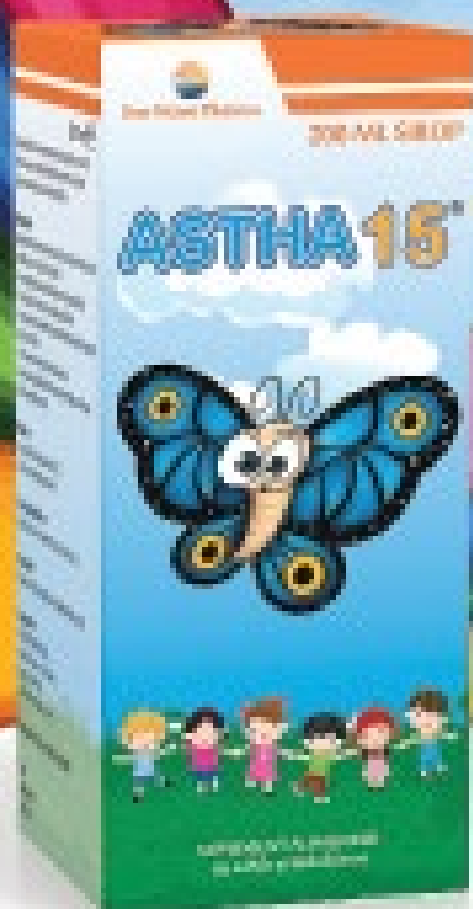
Dacă se scot polipii, cu sau fără amigdale, pacientul nu va răci mai repede, nu va face pneumonie – acesta este un mit!

Copii operați de polipi vor respira mai bine, vor respira corect pe nas și nu pe gură, vor auzi mai bine, vor putea sufla nasul mai bine, vor mânca mai bine, vor avea un zâmbet frumos, nu vor mai răci des iar răcelile nu vor mai dura mult sau nu vor mai necesita de fiecare dată administrare de antibiotice.

Orice problemă sau nelămurire aveți întrebați un medic specialist O.R.L. – este dreptul dumneavoastră să știți și obligația noastră să explicăm!

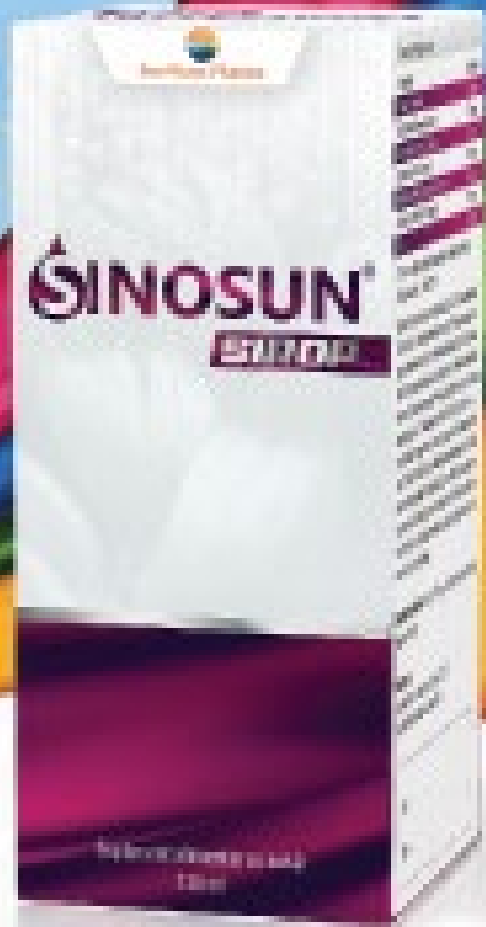
Dr Gabriel Lostun

Medic specialist O.R.L. și Chirurgie Cervico-facială



ALIATUL SIGUR ÎN TUSE

Sun Wave
Making Tomorrow




e Pharma
How Healthier

 **TRIPLĂ ACȚIUNE
PENTRU SINUSURI**

Patologia tumorală a urechii medii la copil

Localizarea diverselor tipuri de tumori la nivelul urechii copilului este destul de rară. Gravitatea deosebită a unora dintre aceste tumori auriculare obligă medicul pediatru și medicul otolog să le cunoască și recunoască, să acționeze în consecință. În efortul comun pentru stabilirea diagnosticului unor otopatii cu aspect proliferativ, medicii din cadrul acestor specialități trebuie să se gândească la posibilitatea existenței chiar a unei neoplazii și în acest caz trebuie să practice și examenul histopatologic.



Dr. Miorița Toader

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

Dr. Andreea Șerbănică

Spitalul de Copii
„Grigore Alexandrescu”
București

Dr. Corneliu Toader

Medic primar chirurgie neurovasculară,
Institutul Național de Neurologie
și Boli Neurovasculare București

Doar o muncă susținută în echipă poate conduce la stabilirea unui diagnostic pozitiv corect și luarea măsurilor terapeutice adecvate.

Tumorile urechii medii pot fi tumori benigne sau tumori maligne.

A. Tumori benigne

Tumorile benigne ale urechii medii cele mai frecvente în patologia copilului sunt cele care se încadrează în grupul reticuloendoteliozelor. Acestea sunt afecțiuni ale sistemului reticuloendotelial.

Cele mai reprezentative:

- granulomul eozinofil
 - ▶ xantomatoza craniohipofizară (boala Hand-Schuller-Christian)

- ▶ histiomonocitoza (boala Letterer-Siwe)

O altă categorie o reprezintă tumorile glomusului jugularei, fibroamele și osteoamele, care sunt rare la vârsta copilăriei.

1. Granulomul eozinofil

Granulomul eozinofil poate fi localizat izolat la nivel auricular sau poate să fie în asociere cu alte localizări care sunt situate în diverse puncte la nivelul scheletului.

Se manifestă sub forma unei tumefacții retroauriculare, care poate simula o otomastoidită exteriorizată retroauricular.

Aceste cazuri ajung de obicei la intervenție chirurgicală, care pune în evidență o masă fongoasă, de culoare roșie, cu puncte de culoare neagră și cu distrugerea septurilor intercelulare.

Precizarea unui diagnostic o face doar examenul histopatologic.

Din punct de vedere al evoluției de obicei șansele sunt către o evoluție favorabilă, existând uneori posibilitatea unei vindecări spontane chiar.

Protocolul terapeutic constă în roentgenterapie, dar în situația exteriorizării procesului tumoral, se practică obligatoriu cura chirurgicală sub anestezie generală și sub control microscopic.

2. Boala Hand-Schuller-Christian

Această entitate are o origine nu foarte clar precizată și este cunoscută ca denumire sub forma de xantomatoza craniohipofizară. Etiologia bolii nu este așadar bine elucidată încă, dar intră în discuție:

- originea tumorală

- implicarea virală
- activarea celulelor Langerhans de către citokine

Afecțiunea se manifestă mai frecvent în perioada copilăriei, la grupa de vârstă 1-5 ani.

Boala Hand-Schuller-Christian reprezintă de fapt una din cele trei componente ale histiocitozei X (cu celule Langerhans), alături de granulomul eozinofil și boala Letterer-Siwe.

Xantomatoza craniohipofizară a fost numită de către Lichtenstein „histiocitoza X”, și de către van Crefeld „reticulogranulomatoză”.

Manifestările clinice sunt foarte diferite, existând forme unifocale rezolutive spontane sau forme grave cu atingeri multiviscerale ce duc la un prognostic vital grav.

Caracteristic este triada: exoftalmie, diabet insipid și leziuni litice osoase, care sunt localizate mai ales la nivelul craniului, mandibulei, coastelor și pelvisului.

Localizarea mastoidiană a procesului xantomatos se însoțește și cu aceste localizări osoase, cu formarea de geode la nivelul bolții craniene, pereților orbitari, oase iliace, femur, tibie.

Procesul xantomatos este un granulom eozinofil cu supraîncărcare lipoidică, ce se poate exterioriza cel mai frecvent în conductul auditiv extern sub formă de formațiune polipoasă.

La nivelul bolții craniene se întâlnește aspectul numit „hartă geografică”.

La nivelul orbitei poate duce la exoftalmie.

Toate aceste manifestări sunt datorate proliferării clonale a histiocitelor și a acumulării lor la nivelul țesuturilor moi și a structurilor osoase.



Nisita®

SPRAY ȘI UNGUENT TANDREȚE ȘI IGIENĂ PENTRU UN NAS SĂNĂTOS

Potrivit pentru femei gravide și sugari
Nisita®

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

- virusuri;
- bacterii;
- alergeni.

De ce **Nisita®**:

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

Poate fi afectat uneori sistemul nervos ceea ce duce la apariția convulsiilor, creșterea presiunii intracraniene, apariția unui retard mental, deficit motor focal și a unui tremor.

În situația în care histiocitele se acumulează în zona hipotalamo-hipofizară, clinic apare hipopituitarism, manifestat prin întârziere în dezvoltarea staturală și cea sexuală, sau hiperprolactinemie.

Așadar, dacă imaginilor radiologice și exoftalmiei li se alătură și diagnosticul de diabet insipid, tabloul acestei afecțiuni este complet și cert.

Manifestări precum hepatosplenomegalia, edentația, atrofia optică, dermatita, limfadenita și otita medie cronică sau otita externă, se pot asocia tabloului clinic al bolii.

Stabilirea diagnosticului se poate face pe baza următoarelor elemente:

- manifestările clinice prezentate
- radiografiile care evidențiază leziunile osoase litice
- CT/RMN cerebral care scot în evidență infiltrarea hipofizei
- biopsia tisulară, aspectul histopatologic cu prezența celulelor Langerhans, care sunt specifice histiocitozei

Referitor la biopsia tisulară, celulele Langerhans nu trebuie confundate cu celulele gigant Langhans, care sunt prezente în inflamațiile granulomatoase, cum ar fi sarcoidoza sau tuberculoza.

Evoluția bolii este lentă și progresivă cu prognostic rezervat, prin posibilitățile de generalizare sau de suprainfectare.

Tratamentul este complex datorită originii necunoscute a bolii și se adresează practic fiecărui simptom pe care pacientul îl prezintă.

Protocolul terapeutic poate cuprinde:

- chimioterapie în cazul afectării sistemice
- radioterapie în cazul leziunilor osoase izolate
- tratament de substituție hormonală dacă se constată o afectare a sistemului hipotalamo-hipofizar

Ca tratament general se stabilește: un regim alimentar fără grăsimi pentru combaterea hipercolesterolemiei, tratamentul diabetului insipid și a tulburărilor de creștere.

3. Boala Letterer-Siwe

Boala Letterer-Siwe este caracteristică sugarului și antepreșcolarului și datorită evoluției sale acute, această reticulo-

endotelioză este o afecțiune foarte gravă.

Din punct de vedere clinic are aspectul unei leucemii acute prin atingerea morfofuncțională a multiplelor organe și sisteme: os, piele, scalp, ganglioni limfatici, ficat, splină, pulmon, tub digestiv, măduvă hematopoietică, sistem nervos central.

Simptomatologia este foarte variată, putând întâlni:

- simptome generale:
 - ▶ scădere în greutate
 - ▶ anorexie
 - ▶ febră
 - ▶ agitație
- simptome specifice de organe:
 - ▶ adenohepatosplenomegalie
 - ▶ insuficiență respiratorie (tuse, dispnee, cianoză)
 - ▶ sindrom de malabsorbție
 - ▶ anemie
 - ▶ complicații infecțioase
 - ▶ purpura
 - ▶ peteșii însoțite de alte tulburări ale coagulării
 - ▶ lize osoase multiple
 - ▶ convulsii și alte semne neurologice

Debutul bolii la nivelul mastoidei face ca boala să fie confundată cu o mastoidită.

Sindromul general foarte grav, ce cuprinde hepatosplenomegalie, hipertrofie ganglionară, imagini micronodulare pulmonare, leziuni cutanate și edeme difuze, face ca boala să fie confundată cu o hemopatie acută febrilă.

Diagnosticul se precizează prin examen histopatologic al produsului prelevat prin puncția regiunii tumefiate.

Evoluția este rapid fatală de obicei.

Tratamentul în cazul acestei boli este doar paleativ (medicație simptomatică și roentgenterapie).

B. Tumorile maligne

Tumorile maligne ale urechii medii sunt și la adult și la copil extrem de rare. Dar totuși, vârsta mică precum și evoluția fatală ne obligă să fim foarte atenți atunci când decelăm o formațiune tumorală la un vechi otoreic. Obligatoriu trebuie să facem controale sistematice din punct de vedere histologic dar și radiologic (radiografii, computer tomograf, rezonanță magnetică nucleară).

Sarcomul este tumora malignă cea mai frecventă la nivelul urechii medii la copil urmat de granulomul malign, mie-

locitomul, mieloblastomul și limfoblastomul.

Formațiunea tumorală debutează la nivelul casei timpanului și se manifestă prin surditate progresivă, la început de transmisie, prin otalgie cu hemicranie, otoree și frecvent apariție de nerv facial. Evoluția este prin invazie la nivelul mastoidei și a conductului auditiv extern.

Procesul tumoral se poate exterioriza în concă dar și preauricular, în fazele avansate ale bolii, se poate suprainfecta, ceea ce duce la apariția unei adenopatii secundare la nivelul regiunii cervicale. Starea generală a copilului este serios afectată, este palid, febril, emaciat.

Extinderea tumorii se poate face și la:

- peretele laterofaringian cu apariția disfgăiei, obstrucției nazale
- articulația temporomandibulară, cu trismus
- labirint, cu sindromul Gradenigo (diplopie, strabism convergent, nevralgie de trigemen)
- gaura ruptă posterioară, cu paralizia ultimilor nervi cranieni

Atragem atenția ca orice formațiune polipoasă prezentă la nivelul conductului auditiv extern, chiar dacă pare banală ca aspect, să fie obligatoriu examinată din punct de vedere histopatologic.

Diagnosticul este stabilit prin caracterul tumorii care se extinde extrem de rapid, pe baza examenelor radiologice dar mai ales prin examenul histopatologic.

Evoluția afecțiunii este extrem de gravă indiferent de forma histopatologică.

Poate apărea în cursul evoluției o hemoragie cataclismică prin erodarea arterei carotide interne cu evoluție spre exitus.

Din punct de vedere terapeutic se poate stabili un plan numai dacă depistarea tumorii s-a făcut precoce prin descoperirea formațiunii tumorale în cadrul unei intervenții la nivelul mastoidei.

Descoperirea tumorii în faza inițială, înaintea invadării organelor din jurul casei timpanului, presupune efectuarea unei evidări petromastoidiene lărgite, cu evadare ganglionară și ulterior radioterapie.

Aceste manevre ar putea salva viața copilului sau pot temporiza evoluția nefastă.

Din nefericire cel mai adesea tumora este de obicei tardiv descoperită, abia după exteriorizare, iar metodele terapeutice în acest stadiu sunt practic fără rezultat.

ELIXIR CONCENTRAT PENTRU COPII SĂNĂTOȘI ȘI MAME LIPSITE DE GRIJI!

Un ajutor neprețuit pentru fiecare mamă! Ia la pta împotriva virusurilor respiratorii **Regulatpro® Kids Regulatus** ajută la:

- ✓ Reglarea sistemului imunitar
- ✓ Îmbunătățește energia celulară
- ✓ Reduce stresul oxidativ
- ✓ Crește producția de enzime
- ✓ Are efect antiinflamator (potrivit pentru infecții virale acute)
- ✓ Efect antibacterian
- ✓ Ajută la eliminarea epurării și stresului după boală

Ajută la eliminarea epurării și stresului după boală **Regulatpro® Kids Regulatus** se dă o reacție energică rapidă la **REGULATESSENZ®**.

Obținut ca urmare a unui proces brevetat de fermentare în cascadă a fructelor, legumelor, nucilor și condimentelor organice proaspăt selectate cu precizie, are capacitatea excepțională de a influența toate procesele de reglementare ale corpului și de a sprijini dezvoltarea și funcționarea consecventă a sistemului imunitar. Efectul imunomodulator al **REGULATESSENZ®** a fost demonstrat într-o serie de studii postmarketing. Extractul de scorbola adăugat în **Regulatpro® Kids Regulatus** este o sursă naturală de vitamina C. Produsul este îndulcit cu sirop de agave cu un indice glicemic scăzut, nu conține coloranți, conservanți și gluten.



Copilul neglijat sau abuzat

La nivel național^[1] și internațional^[2] există o recunoaștere din ce în ce mai mare a importanței identificării, documentării și raportării cazurilor de copii abuzați. Atât Organizația Mondială a Sănătății (OMS) cât și Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF) recunosc importanța subiectului la nivel de sănătate publică. Un raport OMS din 2017 arată că unul din patru adulți abuzează fizic un copil. Abuzului emoțional sunt supuși 36% din copii și neglijența afectează 16% dintre aceștia^[3].

Situația copiilor diferă de la țară la țară. Modelul cultural, factorii sociali, adresabilitatea la rețeaua sanitară și educațională sunt indicatorii de sănătate ai populației infantile^[4].



Dr. Brînză Ileana

Medic primar MF, Medic formator, Coach
Vicepreședinte AREPMF, Președinte de Onoare
Soc. Medicilor de Familie Brăila



Definiții

Abuz, conform DEX, înseamnă încălcarea legalității, faptă ilegală; exces.

Abuzul, medical vorbind, este o acțiune sau inacțiune orientată asupra copilului, afectându-i sănătatea fizico-psihică cu consecințe negative temporare sau definitive.

Abuzul, din punct de vedere juridic, reprezintă o încălcare a normelor legale care apără regulile de conviețuire socială. Regulile asigură creșterea și dezvoltarea normală a copilului din punct de vedere bio-psiho-social.

Formele de abuz

1. Abuzul fizic: vătămare intențională (echimoze, traumatisme/fracturi, arsuri...)
2. Neglijarea: lipsa unui ajutor fizic, medi-

cal, a unei supravegheri, a afectivității, a stimulării.

3. Abuzul emoțional: ostilitatea, lipsa atenției, cazurile de abandon, cerințe improprii.
4. Abuzul sexual: penetrativ, nonpenetrativ, intrafamiliar, extrafamiliar, la fete și la băieți (adaptat după R.Goodman, S.Scott, Child Psychiatry1997).

Formele de abuz pot să se includă reciproc, astfel încât abuzul sexual să-l conțină și pe cel fizic/emoțional, în vreme ce abuzul fizic să-l conțină și pe cel emoțional sau neglijarea.

Abuzatorul

Abuzul asupra copilului presupune existența unor relații prin care abuzatorul deține controlul sau poate influența/manipula acțiunile copilului. Abuzatorul poate fi cineva cunoscut, din familie/școală/vecini, sau persoane străine. În contextul realizării acestor relații, voit și conștient, integritatea, dezvoltarea, sănătatea sau viața copilului sunt puse în pericol.

Datorită diagnosticului dificil - prin lipsa semnelor obiective - și al prognosticului sever este importantă, în practica curentă, identificarea și urmărirea semnelor de neglijare și abuz emoțional.

Ca medici de familie, fie că lucrăm în urban fie în rural, pentru că ne cunoaștem micuții pacienți și familiile lor putem să identificăm atât indicatorii persoanei care neglijează/abuzează copilul cât și indicatorii copilului neglijat/abuzat.

Indicatori ai persoanei care neglijează copilul

1. Lasă copilul singur acasă perioade lungi de timp (o săptămână sau mai mult, din motive neîntemeiate)
2. Lasă copilul cu alți copii mai mici de care el trebuie să aibă grijă
3. Impune copilului să muncească utilizând instrumente/unelte ce ar putea deveni la un moment dat periculoase
4. Expune copilul la pericol (de orice natură)
5. Nu știe unde este copilul (perioade relativ lungi de timp - o zi întreagă sau mai mult)
6. Consum de alcool sau droguri
7. Dezorganizat, viață de familie tensionată
8. Dezinters față de copil, răceală afectivă, relaționare distantă
9. E izolat de prieteni, rude sau vecini; lipsa abilităților sociale
10. Boli cronice (organice, dar mai ales psihiatrice)
11. Istoric de neglijare (în familia sa de origine)
12. Lipsa motivației pentru activitate, letargie
13. Nu îi oferă copilului îngrijire medicală adecvată (fără să îl ducă la medic când acesta are nevoie, îl tratează cum consideră el de cuviință sau nu îl tratează)
14. Ține copilul acasă fără un motiv întemeiat
15. Dezinteres față de activitatea școlară a copilului (nu participă la ședințe)

Indicatori ai neglijării copilului

Indicatori fizici

1. Foame permanentă
2. Aspect exterior neîngrijit, murdar, nepotrivit condițiilor de vreme. Igienă personală neadecvată.
3. Adesea obosit, fără energie
4. Lipsă de supraveghere în activități periculoase



Indicatori comportamentali

1. Cerșește, fură mancare
2. Oboseală constantă, este tăcut, adesea adoarme
3. Întârzie frecvent la școală sau absentează
4. Distruge lucruri
5. Abandon școlar
6. Emancipare timpurie (la adolescenți)
7. Consum de alcool sau droguri
8. Comportament sexual neadecvat

Indicatori ai persoanei care abuzează emoțional copilul

1. Tratează copiii în mod diferențiat
2. Acuză copilul pe nedrept
3. Pune copilului porecle
4. Este rece și distant
5. Nu își exprimă emoțiile în relația cu copilul
6. Nu manifestă afecțiune față de copil
7. Ignoră problemele copilului (nu le cunoaște dar nici nu se arată dispus să le afle)
8. Se poate observa atitudinea abuzatorului emoțional în relația cu copilul: rejetarea, ignorarea, terorizarea, ex-

ploatarea, izolarea, coruperea copilului, așteptări abuzive (ce depășesc aptitudinile sau capacitățile de înțelegere ale copilului), etichetarea, blamarea, acuzarea, amenințarea, critica ofensatoare, sarcasmul mușcător, invalidarea, dominarea, minimalizarea copilului.

Indicatori ai abuzului emoțional la copii

Indicatori fizici



1. Probleme de vorbire
2. Întârzieri în dezvoltarea fizică
3. Diferite somatizări, aparent fără o motivație medicală evidentă (astm, alergii severe, ulcer, etc.)
4. Existența dorinței de a-și pune capăt zilelor
5. Tentative de suicid

Indicatori comportamentali

1. Obiceiuri neobișnuite (își suge degetul, mușcă)
2. Probleme de comportament (distructiv, antisocial)
3. Compliant, pasiv sau din contră agresiv, comandă lucruri
4. Torturează animalele
5. Este un „mic adult” sau se comportă ca un copil mai mic decât el
6. Acte de delincvență ^[5,6]

Repere legislative utile

- Convenția asupra Drepturilor Copilului adoptată de către Adunarea Generală a Națiunilor Unite la data de 20 noiembrie 1989. Convenția a fost asumată și de România prin adoptarea Legii nr. 18/1990 pentru ratificarea Convenției cu privire la drepturile copilului (pu-

blicată în Monitorul Oficial nr. 314 din 13 iunie 2001)

- Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului (publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 557 din 23 iunie 2004)
- Hotărârea de Guvern nr. 49 din 19 ianuarie 2011 - Metodologia-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie
- Legea nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie.

Bibliografie

6. Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. BMC Public Health. 2018; 18: 1164. Published online 2018 Oct 10. doi: 10.1186/s12889-018-6044-y <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6180456/#!po=24.7126#!po> accesat 15.01.2019
7. Rezultatele cercetării BECAN (Balkan Epidemiologic Survey on Child Abuse and Neglect) în România. Antal Imola, Voicu Corina, Mezei Elemér, Dávid-Kacsó Ágnes, Roth Maria https://www.researchgate.net/profile/Maria_Roth2/publication/259674769_Asking_for_Parental_Consent_in_Research_on_Exposure_of_Children_to_Violence/links/00b4953baff9ec45ea000000/Asking-for-Parental-Consent-in-Research-on-Exposure-of-Children-to-Violence accesat 15.01.2019
8. Child Maltreatment The Health Sector Responds file:///C:/Users/Medic/Downloads/who-child-maltreatment-2017-ENG%20(3).pdf accesat 15.01.2019
9. Violence Against Women and Violence Against Children – The Points of Intersection Causes, Consequences and Solutions file:///C:/Users/Medic/Downloads/VAW- VAC_Intersection_Doc_LetterSize_WEB%20(1).pdf accesat 15.01.2019
10. Fischer, Gottfried, Peter Riedesser, Tratat de psihotraumatologie, București, Editura Trei, 2001.
11. Algoritmi de practică pentru medicul de familie vol.1, coordonator prof. dr. Coriolan Ulmeanu

TONIMER lab:

*Are grijă de sănătatea respiratorie
a întregii familii !*



Cu Tonimer Lab Hipertonic te poți bucura de parfumul
îmbătător al florilor de primăvară!

- ✔ 100 % natural, apă de mare, soluție hipertonică sterilă
- ✔ salinitate 2%, osmolalitate testată - 600 mOsm / kg
- ✔ fluidifică mucusul, decongestionează mucoasa nazală și ușurează respirația
- ✔ indicat în răceli, rinite alergice, rinosinuzite
- ✔ potrivit atât pentru copii, din prima zi de viață, cât și pentru adulți



Medicul de familie – partener în managementul complex al obezității infantile

„Gras și frumos” – nu mai este de actualitate! Obezitatea și supraponderea sunt considerate probleme de sănătate publică la nivel mondial prin creșterea dramatică a prevalenței (dublare în intervalul 1980-2014) și a consecințelor asupra stării de sănătate. Statisticile evidențiază că tendința obezității este alarmantă în special la copii și adolescenți. Îngrijirea copiilor obezi de către furnizorii lor de îngrijire medicală primară necesită o evaluare medicală amănunțită, care începe cu identificarea adecvată a supraponderalității/ obezității. Cele mai bune practici internaționale actuale sugerează că prevenirea și gestionarea obezității necesită o serie de acțiuni în echipă – din care face parte și medicul de familie - pentru a îmbunătăți dieta și nivelurile de activitate fizică în primii ani de viață, în familie, la școală, și în comunitate.



Dr. Liliana-Elena Chițanu

Medic primar MF, Brăila



O MS consideră obezitatea ca o „acumulare de grăsime în exces cu consecințe pentru sănătate”, care prin prevalența în creștere și diversitatea și gravitatea consecințelor adverse metabolice, bio-mecanice și psiho-sociale depășește cu mult limitele responsabilității personale, devenind o problemă de sănătate publică de interes Mondial³.

Evaluările **epidemiologice** evidențiază prevalența obezității în creștere alarmantă la adulți dar mai ales la copii și adolescenți, rata actuală de creștere fiind de 10 ori mai mare față de anii '70. Prevalența în creștere a obezității permite considerarea acesteia ca „epidemia secolului XXI”. Astfel, în 2016, peste 1,9 miliarde de adulți, cu vârsta de 18 ani și peste, erau supraponderali din care, peste 650 de milioane erau obezi. De asemenea, 38 de milioane de copii cu vârsta sub 5 ani erau supraponderali/obezi în 2019. Peste 340 de milioane de copii și adolescenți (5 - 19 ani) erau supraponderali/obezi în 2016.

Boala cronică bazată pe adipozitate (ABCD)⁶ este un nou termen de diagnostic propus pentru obezitate de AACE (The American Association of Clinical Endocrinologists) și ACE (American College of Endocrinology) care identifică în mod explicit o boală cronică, face aluzie la o bază fiziopatologică precisă și evită stigmatele și confuziile legate de utilizarea diferențială și semnificațiile multiple ale termenului „obezitate”. Elementele

cheie pentru îngrijirea pacienților care utilizează acest nou termen ABCD sunt:

1. poziționarea medicinei stilului de viață în promovarea sănătății generale, nu numai ca primul pas algoritmic, ci ca acțiune centrală, omniprezentă;
2. standardizarea protocoalelor care abordează în mod cuprinzător și durabil pierderea în greutate și gestionarea complicațiilor bazate pe adipozitate;
3. abordarea îngrijirii pacienților prin contextualizare (prevenția pentru reducerea factorilor de risc obezogeni de mediu, transculturalizarea pentru a adapta recomandările bazate pe dovezi pentru diferite etnii/culturi și condiții socio-economice);
4. dezvoltarea de strategii bazate pe dovezi pentru implementarea cu succes, monitorizarea și optimizarea îngrijirii pacienților în timp.

Un rol esențial în prevenirea obezității îi revine medicului de familie iar copii și tinerii reprezintă un grup țintă foarte important, știut fiind că implementarea unor obiceiuri alimentare sănătoase în prima copilărie este cea mai eficientă metodă de păstrare a sării de sănătate.

Anamneza atentă și detaliată, care să includă ancheta alimentară și jurnalul alimentar, precum și examenul clinic și investigațiile paraclinice țintite evidențiază **etiologia** multifactorială a obezității¹:

Factori genetici:

Au fost identificate câteva sute de gene/regiuni cromozomiale responsabile de apariția obezității – se apreciază că aproximativ 10% din cazurile de obezitate au această etiologie; rasa (neagră), istoricul familial (un părinte obez determină

un risc de 40%, ambii părinți obezi crește riscul la 80%), sindroamele genetice însoțite de obezitate secundară (Prader-Willi, Bardet-Biedl, Cohen, Ayazi, Momo).

Factori de mediu:

Fumatul în timpul sarcinii/alte adicții, câștigul ponderal, diabetul zaharat de sarcină, aspecte care impun măsuri de prevenire a obezității încă din perioada pregestațională/gestațională.

Dietă dezechilibrată: formule hiperproteice, grăsimile animale, carnea rosie, zahărul alb, conserve (ancheta alimentară cantitativă, calitativă, tulburări de comportament alimentar).

Sedentarismul care crează dezechilibrul între aportul caloric și consumul de calorii.

Durata somnului care influențează nivelele de grelină (hormon peptidic produs în stomac și pancreas care stimulează apetitul) și leptină (hormon peptidic produs de adipocit care inhibă apetitul).

Administrare de antibiotice în prima copilărie crește riscul de obezitate (ESPID 2017).

Factori psihosociali:

Statusul socio-economic, nivelul de educație, obiceiurile etnice, constrângerile religioase, distresul.

Examenul clinic urmărește măsurătorile antropometrice, aspectul somatic și depistarea simptomatologiei¹. Datele antropometrice realizează o apreciere indirectă a gradului de obezitate și a cantității de masă grasă totală a corpului. Evaluarea stării de nutriție se realizează comparând valorile măsurate cu valorile de referință și măsurătorile unei persoane în timp. În practică, IMC (G/T2)

KANMED[®]

NOUTĂȚI

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



KANMED[®] BABYBED

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

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

KANMED[®] BABYWARMER

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

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

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



*Accesoriul cortilor născuți prematur: sarapele de termoisol sau la termen dar subcondensat, care sunt stabili și nu necesită tratament în incubator.
**Principiul "mamei-cangur".

KANMED BABY WARMING SYSTEM

Performanțe și beneficii unice pentru nou-născutul prematur:

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

Beneficii remarcabile pentru unitatea de îngrijire:

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



București

Str. Giuseppe Garibaldi
nr. 8-10 sector 2, 020223
București, România
Tel.: 031 425 02 26/27
Fax: 0372 560 250
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Timișoara

Str. Coriolan Brediceanu
nr. 31b, Timișoara, 300012
Județul Timiș, România
Tel.: +40 720 393269
Fax: +40 256 110233
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Iași

Aleea Al. O. Teodoreanu
nr. 55A, Bloc 1, Demisol,
700155, Iași, România
Tel: +40 725 119393
Fax: +0372 560 250
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Chișinău

Piața Dimitrie Cantemir
nr.1, Oficiul 1427, Chișinău,
Republica Moldova
Tel.: +373 22 996010
Fax: +373 22 996011
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

este ușor de calculat și este general acceptat în prezent pentru definirea obezității la copil și adolescent. Măsurarea pliului cutanat, circumferința abdominală și aprecierea distribuției grăsimii corporale sunt alte metode noninvasive și ușor de folosit în practica curentă pentru diagnosticul clinic al obezității. Dezvoltarea staturponderală pe anumite vârste se poate aprecia pe baza graficelor de creștere recomandate de OMS⁵:

- Talie (Lungime/Înălțime) pentru vârstă (graficul T/V) – pentru copii 0-18 ani;
 - Greutate pentru vârstă (graficul G/V) – pentru copii 0-5 ani;
 - Greutate raportată la Talie (Lungime/Înălțime) - graficul G/T – pentru copii 0-2 ani.
- Obezitatea infantilă poate fi însoțită de manifestări clinice^{1,4}:
- psihologice: scăderea stimei de sine, frustrare, scăderea performanțelor școlare, tendință la comportament antisocial, imaturitate în relațiile familiale, hiperdependență/hiperprotecționism matern dar și sentimente de respingere și inferioritate din partea anturajului.
 - bio-mecanice: oboseală, polipnee, dispnee la eforturi medii/mici, artralgi, picior plat, dezadaptare cardiocirculatorie.
 - cutanate: prurit, intertrigo, abcese, mai ales la pliuri.
 - nespecifice: neurologice (vertij, astenie, cefalee), ginecologice (hipomenoree, flux menstrual neregulat), cutanate (tegumente uscate, acnee), digestive (flatulență, constipație, digestie dificilă).

Există și situații în care *diagnosticul pozitiv* necesită metode avansate de determinare a adipozității totale (impedanța bioelectrică, absorbtimetria cu energie dublă a razelor X – DEXA, evaluarea ultrasonografică a grăsimii viscerale) precum și investigații în colaborare cu alte specialități (endocrinologie, cardiologie, gastroenterologie, neurologie, radiologie-imagistică medicală, etc).

Prin contactul strâns cu pacientul – care include și cunoașterea mediului și stilului de viață – medicul de familie participă activ la diagnosticul obezității, la tratamentul și limitarea efectului negativ al complicațiilor imediate/tardive asupra stării de sănătate^{1,4}.

Complicațiile acute ale obezității infantile includ diabetul de tip 2, hipertensiunea arterială, hiperlipidemia, creșterea accelerată și maturarea oaselor, hiperandrogenismul ovarian și ginecomastia, colecistita, pancreatita, ficatul gras. Rareori, pacienții dezvoltă ciroză și boli renale (glomeruloscleroză focală). Apneea de somn și respirația tulburată

de somn sunt frecvente la copii și adolescenții cu obezitate; în unele cazuri, apneea este însoțită de disfuncții neurocognitive.

Obezitatea infantilă este factor major de risc pentru bolile netransmisibile la vârsta adultă, cum ar fi: boli cardiovasculare (principala cauză de deces în 2012), diabet zaharat, tulburări musculo-scheletale (în special osteoartrita - boală degenerativă extrem de invalidantă), unele tipuri de cancer (inclusiv endometru, sân, ovar, prostată, ficat, vezică biliară, rinichi și colon).

Și totuși, medicul de familie are rolul cel mai important în *prevenția primară*, acționând asupra factorilor de risc:

- monitorizarea atentă a sarcinii: controlul greutății, diabetul zaharat de sarcină, fumat/addicții;
- supravegherea primelor 1000 de zile: alimentația naturală la sân conform recomandărilor OMS, diversificarea corectă (17-26 săptămâni), alimentație complementară diversificată, adaptată nevoilor ca și cantitate și compoziție^{1,2};
- respectarea orarului de mese, inclusiv micul dejun;
- respectarea deciziei copilului asupra cantității de alimente consumate („sindromul farfuriei goale”);
- evitarea alimentelor hipercalorice;
- consumul de fructe și legume zilnic;
- evitarea băuturilor îndulcite cu zahăr și a sucurilor de fructe cu indice glicemic mare;
- respectarea programului de somn;
- limitarea timpului petrecut la televizor/calculator/tabletă;
- încurajarea mișcării în aer liber și a sporturilor potrivite grupei de vârstă;

Aceste recomandări la nivel individual se încadrează într-un set de măsuri susținute de OMS cuprinse în raportul Comisiei privind încetarea obezității la copil (2016) și cele 6 recomandări ale sale pentru a aborda mediul obezogen și perioadele critice din cursul vieții pentru a combate obezitatea infantilă. Planul de punere în aplicare a acestor măsuri de către țările membre a fost salutat de Adunarea Mondială a Sănătății în 2017.

Există totuși și o serie de *criterii recomandate* a fi respectate pentru *trimiterea copilului/adolescentului obez către un serviciu specializat de Pediatrie*¹:

- comorbidități importante generate de obezitate care necesită scădere ponderală rapidă (hipertensiunea intracraniană benignă, apneea de somn, sindromul de hipoventilație, patologie ortopedică, manifestări psihologice);

- suspiciune de obezitate secundară pentru identificarea etiologiei;
- toți copiii sub 24 luni cu obezitate severă > percentila 99,6.

Un management de succes al tratamentului și prevenției obezității infantile necesită o abordare multidisciplinară incluzând dieta, educația nutrițională, modificarea comportamentului și exercițiul fizic.

Până la vârsta de 8 ani, toate recomandările referitoare la prevenție și tratament se transmit prin intermediul părinților/apartenenților, iar după această vârstă copiii pot fi incluși ca parte activă a managementului terapeutic. Deci este foarte importantă colaborarea medicului de familie cu membrii familiei în care trăiește copilul obez/potențial obez.

Convingerea și colaborarea familiei pentru managementul pe termen lung al obezității infantile face diferența între succesul echipei multidisciplinare și un potențial eșec.

Concluzii:

Caracteristica definitorie a obezității este posibilitatea corectării. Managementul obezității este unul din cele mai complexe din practica medicală, deoarece obezitatea este o boală cronică ce implică o intervenție de durată.

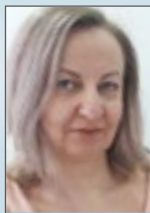
Abordarea multidisciplinară datorită diversității comorbidităților asociate este esențială și necesită măsuri specifice cu adaptarea permanentă a intervenției terapeutice. Condiția necesară și obligatorie este colaborarea pacientului și a familiei acestuia.

Bibliografie:

1. Aspecte multidisciplinare privind obezitatea copilului. Editura „Gr.T.Popa” UMF Iași 2019 Sub redacția: Laura Mihaela Trandafir, Mihaela Moscalu
2. Algoritmi de practică pentru Medicul de familie. Vol 2. Editura Amaltea, 2019 Coordonator: Prof. Dr. Coriolan Ulmeanu
3. www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1 - accesat 19.03.2021
4. <https://emedicine.medscape.com/article/985333-overview> - Obezitatea la copii, Actualizat: 01 decembrie 2020 Autor: Steven M Schwarz, MD, FAAP, FACN, AGAF; Editor șef: Jatinder Bhatia, MBBS, FAAP mai multe ... - accesat 19.03.2021
5. GHID DE PREVENȚIE vol. 6, 2016, Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară. INSP, CNSMF, ALIAT
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27967229/> - Adiposity-Based Chronic Disease as a new diagnostic term: the american association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology position statement – accesat 19.03.2021

Odiseea diagnosticului clinic. Cum poate genetica ajuta?

Patru pacienți: un băiețel de 4 ani cu trăsături faciale particulare, hipogamaglobulinemie severă și arc aortic întrerupt; un băiețel de 5 ani, de asemenea cu trăsături faciale particulare, palatoschizis, hipotonie și întârziere globală de dezvoltare; un băiat de 14 ani cu trăsături dismorfice, întârziere cognitivă și de limbaj și anxietate; o fată de 16 ani cu dismorfism facial și întârziere de dezvoltare severă; un singur diagnostic: sindrom DiGeorge, confirmat la vârsta de o lună prin testare FISH pentru primii doi pacienți, ulterior prin cariotip molecular pentru ceilalți doi (Angheliescu *et al.* Eur J Paed Neurol 2017;21(S1):E58). Similar, un lot de 202 pacienți din Canada și Statele Unite, al căror tablou clinic include defecte congenitale cardiace variind de la severe la ușoare, insuficiență velofaringeală, cu dizabilitate intelectuală moderată/severă sau inteligență borderline până la normală; timpul median scurs până la diagnosticarea lor cu același sindrom DiGeorge a fost de 4,7 ani, iar vârsta mediană a pacienților, la diagnostic, a fost de 17,3 ani, variind între 1 lună și 59,4 ani (Palmer *et al.* Am J Med Genet A. 2018 ;176(4): 936–944).



Dr. Ina Ofelia Focșa

Medic Specialist
Genetică Medicală

Dr. Andreea Țuțulan-Cuniță,
Dr. Danae Stambouli

Sindromul DiGeorge, asemenea altor boli rare, constituie o mică parte a cazuisticii pediatrice însă, prin prezentarea sa clinică foarte variabilă, poate ridica dificultăți de diagnostic. Studiul canadiano-american arată că, în ciuda prevalenței sale ridicate, comparativ cu alte boli rare, chiar și la 20 de ani după ce testarea moleculară a devenit accesibilă, diagnosticarea sa rămâne o provocare, pacienții fiind evaluați clinic, în medie, de către 7 specialități medicale înainte ca acest lucru să se întâmple; oarecum surprinzător, prezența dizabilității intelectuale nu a contribuit la reducerea timpului de stabilire a diagnosticului.

Protocoloalele medicale impun o direcționare a pacientului pediatric spre evaluări amănunțite în specialitățile corespunzătoare afecțiunilor de care suferă (neurologie, cardiologie ș.a.). Cu toate acestea, uneori, integrarea tuturor datelor astfel obținute într-un diagnostic definit întârzie, așa cum ilustrează cele două articole citate mai sus. Ghidurile de bună practică recomandă ca din echipa interdisciplinară ce realizează evaluarea și managementul pacientului să nu lipsească

specialistul în genetică medicală; în fapt, amploarea curentă a cercetărilor din acest domeniu, rezultatele obținute de nenumăratele studii conturează ideea că genetica trebuie privită ca o componentă fundamentală a evaluării medicale încă de la prima prezentare a pacientului la medic, fiind esențială pentru estimarea evoluției bolii și a riscurilor pentru membrii familiei pacientului sau pentru viitorii descendenți ai acestuia. Mai mult, în ultimii ani, datorita progreselor tehnologice din domeniul terapiei genice se înregistrează o creștere a numărului de medicamente dedicate afecțiunilor cauzate fie de mutații specifice în unele gene (exemple fiind anumite mutații cauzative ale fibrozei chistice sau distrofiei musculare Duchenne), fie de defecte ale anumitor gene (dar nu și de ale altora, în cazul bolilor poligenice - cum ar fi unele gene implicate în producerea retinitei pigmentare). În prezent, disponibilitatea largă a testelor genetice poate contribui semnificativ la scurtarea timpului de diagnostic. Spre exemplu, microdeleția regiunii cromozomiale 22q11, cauzativă pentru sindromul DiGeorge poate fi confirmată prin teste FISH, prin teste bazate pe PCR (MLPA) sau prin cariotip molecular (principala diferență fiind costurile, în particular în România, unde programele de sănătate acoperă prea puține din investigațiile genetice). Pentru minoritatea cazurilor cu diagnostic clinic de sindrom DiGeorge la care nu s-a identificat microdeleția regiunii critice, tehnologiile ultramoderne de secvențiere de generație următoare pot stabili prezența unor mutații în gena *TBX1*, aflată la nivelul

regiunii cromozomiale 22q11, care s-a dovedit a fi principalul factor genetic responsabil pentru producerea fenotipului. Astfel, determinismul genetic complex al unor patologii - destul de numeroase - înseamnă de multe ori că pot fi necesare mai multe teste pentru a identifica anomalia cauzativă pentru tabloul clinic al pacientului.

Nu mai puțin, părinții unui pacient pediatric au nevoie de recomandări privind testarea lor genetică pentru a afla dacă sunt purtători ai mutațiilor patogene și dacă sunt la risc de a avea alți copii afectați. În anumite cazuri, când penetranța unei anomalii genetice sau expresivitatea unui fenotip este variabilă, este posibil ca părintele însuși să fie purtător al aceleiași mutații dominante ca și copilul afectat - în afecțiuni neuromusculare sau oftalmologice, de exemplu, rareori chiar și în sindromul DiGeorge. Pentru managementul reproductiv în familiile cu membri afectați de boli ereditare, sunt disponibile diagnosticul genetic prenatal și preimplanțat.

Cytogenomic Medical Laboratory oferă teste genetice țintite pentru diverse afecțiuni neurologice, cardiovasculare, oftalmologice, metabolice ș.a., teste ce acoperă întregul genom (cariotip clasic și molecular) și secvențierea întregului exom, în context postnatal, prenatal și preimplanțat, precum și consult sau consiliere genetică.



Inteligența artificială în managementul bolilor pulmonare obstructive

Era digitală în care ne aflăm ne oferă, în mod constant, noi oportunități și noi metode de a rezolva probleme medicale până de curând fără rezolvare. Una din tehnologiile cele mai noi, dar care promite extrem de mult în domeniul medical este inteligența artificială (IA). Ea oferă atât soluții noi la unele probleme cât și optimizarea metodelor tradiționale. Un domeniu care poate beneficia de această nouă tehnologie este cel al bolilor pulmonare obstructive - în special astmul bronșic și BPOC.



Prof. Asoc.
Dr. Bogdan Mincu

Medic Specialist Pneumolog
Doctor în Științe Medicale
Președinte Secțiunea 9G a SRP

Studiile arată că în lume există aproximativ 300 de milioane de pacienți cu astm bronșic și încă 100 de milioane diagnosticați cu BPOC. Ambele patologii sunt asociate cu o reducere marcată a productivității. De asemenea, costurile legate de îngrijirea acestor pacienți și spitalizările care pot apărea sunt semnificative. Cercetătorii lucrează la reducerea acestor costuri prin robotizări și alte aplicații ale IA, având ca beneficiu secundar creșterea acurateței actului medical.

De multe ori, pacienții cu boli pulmonare obstructive au o aderență la tratament scăzută. În ajutorul lor, IA vine cu tehnologii noi și disruptive. Poate cea mai avansată dintre acestea este cea a inhalatoarelor inteligente. Acestea au capacitatea de a reaminti pacientului să își ia dozele conform indicației medicului, îi pot reaminti să nu își uite inhalatorul

acasă sau pot chiar “simți” când starea pacientului se înrăutățește și îi pot oferi alerte care să îl trimită la medic.

Terapia “conectată” permite pacientului o tranziție de la terapia “re-activă”, în care acesta reacționează la schimbări ale stării de sănătate, către o terapie preventivă, cu accente predictive. IA poate alerta, spre exemplu, pacientul cu astm bronșic asupra înrăutățirii stării sale de sănătate și îi poate oferi soluția unui step-up, chiar înainte de a ajunge la medic, având astfel potențialul de a preveni unele exacerbări.

Inteligența artificială oferă de asemenea și un cadru pentru dezvoltarea de senzori biometrici care fie pot fi construiți în inhalator, fie pot fi atașați acestuia, și care pot detecta fluctuații în respirația pacientului. După detectarea unor fluctuații semnificative, ele pot alerta atât medicul cât și pacientul asupra schimbărilor survenite. De regulă, acești senzori rulează algoritmi în timp real care monitorizează respirația pacientului în timpul inhalării. Datele colectate sunt procesate și criptate în dispozitiv, apoi ele sunt folosite pentru a oferi o imagine de ansamblu asupra stării pacientului.

Sunt disponibile și instrumente interactive digitale care pot să ofere alerte despre dozajul și îngrijirea personalizată, dispozitive care furnizează pacienților tehnici de inhalare prin interacțiune, dispozitive de comunicare între medici și pacienți în situațiile necesare și dispozitive care pot identifica fluxul maxim de aer și înrăutățirea bolii. Dispozitivele interactive utilizează tehnici avansate de inteligență artificială pentru a economisi timp și bani dar și pentru a îmbunătăți calitatea vieții pacienților. Instrumentele interactive digitale pot integra telefoane mobile, ceasuri inteligente, brățări fitness și multe alte dispozitive “wearable” într-o abordare cu adevărat personalizată a tratamentului pacienților obstructivi.

În concluzie, inteligența artificială poate oferi soluții pentru multe din problemele de zi cu zi ale pacienților cu boli pulmonare obstructive. Există deja multe dispozitive care depind de inteligența artificială - inhalatoare inteligente sau dispozitive interactive care sprijină pacienții în a-și lua medicația corect și la timp dar și medicii în a decide asupra tratamentului corect. Inteligența artificială rămâne un domeniu promițător, care poate transforma în realitate terapia personalizată a pacienților obstructivi.



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

Efectele poluării atmosferei asupra aparatului respirator

Cum se resimt în sistemul de sănătate efectele poluării? Cum se poate trage concluzia că o anumită afecțiune este efectul poluării?

Efectele negative ale poluării aerului asupra sănătății reprezintă o realitate tristă, având în vedere statisticile Organizației Mondiale a Sănătății, care arată că peste 7 milioane de oameni mor anual din cauza bolilor asociate poluării atmosferei. Aceste cifre plasează poluarea aerului în vârful piramidei, fiind o amenințare globală care depășește cu mult alte riscuri, printre care: fumatul, dislipidemiile, diabetul sau obezitatea. Termenul generic de poluare a aerului, cuprinde atât poluarea asociată locuințelor noastre, cât și poluarea din spațiul exterior. Din aceleași statistici ale OMS reiese faptul că poluarea din locuințele oamenilor este responsabilă de aproximativ 60% din decesele asociate poluării aerului. Sursele de poluare sunt extrem de variate. Activitățile industriale, emisiile de gaze de eșapament, activitățile vulcanice, fumatul de țigarete reprezintă surse importante de contaminare a aerului pe care îl respirăm.

Există o serie de afecțiuni care sunt corelate cu gradul de poluare a aerului. Bolile cardiace ischemice, accidentele vasculare cerebrale, bronhopneumopatia cronică obstructivă, afecțiunile respiratorii acute, cancerul pulmonar sunt cele mai frecvente maladii care sunt cauzate de aerul poluat.

Substanțele poluante sunt reprezentate de particule de praf, monoxid de carbon, oxid de sulf, oxid nitric, plumb. Mărimea și proporția acestor

particule poluante este într-o relație directă cu gravitatea și progresia bolilor asociate poluării.



Șef Lucrări Dr. Radu Tincu

Monoxidul de carbon formează un complex stabil cu hemoglobina, blocând în acest mod transportul oxigenului. Cefaleea, fatigabilitatea (oboseala), simptomele de greață și vărsături reprezintă rezultatele acestui tip de expunere cronică la monoxid.

Dioxidul de sulf este un iritant al căilor aeriene, producând bronhospasm și creșterea cantității de secreții bronșice. Oxidul nitric crește incidența infecțiilor respiratorii, prin afectarea capacității imunitare, în special la nivelul limfocitelor, produce iritații ale ochilor și căilor aeriene superioare, fiind responsabil de apariția dispneei, edemului pulmonar, bronhospasmului.

Este dificil de realizat în practica medicală zilnică o corelație între poluarea aerului și apariția unor maladii, însă statisticile populationale ale OMS cuantifică aceste efecte și reprezintă elementul cel mai important care oferă informații despre gravitatea acestui fenomen.

Poluarea zonală reprezintă o realitate și este determinată fie de activitățile industriale limitrofe zonelor de locuit, fie de suprapopularea unor zone și implică creșterea poluării prin activitățile civile cotidiene: emisii de gaze de eșapament, utilizarea surselor de încălzire prin ardere. Orașele situate în apropierea fabricilor și uzinelor industriale și aglomerările urbane reprezintă zonele cele mai afectate de poluare.

Strategiile de reducere a poluării aerului trebuie să cuprindă politici zonale, sectoriale, naționale și globale. O serie de măsuri pot fi luate pentru scăderea poluării aerului: reducerea transportului urban poluant prin promovarea ciclismului sau a transportului în comun, controlul strict al automobilelor din perspectiva emisiilor de gaze, menținerea zonelor cu spații verzi la nivelul marilor orașe, optimizarea managementului deșeurilor menajare prin reducerea incinerării și implicarea emisiilor de metan, reciclarea gunoiului, îmbunătățirea eficienței energetice a locuințelor și înlocuirea sistemelor de încălzire prin ardere cu sisteme solare, eoline, reducerea poluării industriale și din agricultură.

Șef Lucrări Dr. Radu Tincu

Medic primar ATI,
Secția ATI Toxicologie



99,99%
performanță

Fără
consumabile



Sterilizator de aer
Airfree Babyair

Aer curat, fără bacterii și viruși, pentru un somn liniștit și sănătos

Aerul din cameră este extrem de important
pentru sănătatea fizică și mentală a copilului.

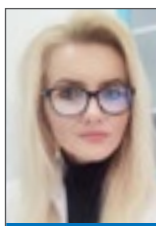
Airfree Babyair elimină virușii, bacteriile,
acarienii și alte particule dăunătoare din aer.

+ conceput special
pentru relaxarea celor mici:

- Include proiecție luminoasă
- Este extrem de silențios

Implicarea medicului de familie în strategiile de prevenție a obezității la copil

Obezitatea este considerată o boală cronică netransmisibilă, caracterizată prin creșterea greutății corporale pe seama țesutului adipos, din cauza dezechilibrului dintre aportul caloric crescut și cheltuielile energetice reduse. Obezitatea la copil și adolescent reprezintă un predictor semnificativ al obezității la vârsta adultă și un factor de risc pentru complicațiile multiple pe care le generează: boli cardiovasculare, hipertensiune arterială, diabet zaharat de tip 2, sindrom metabolic, apnee în somn, unele forme de cancer, complicații psihosociale.



Dr. Oana-Maria Neneștean

Medic rezident Medicină de familie an 4, Masterand UMF Iuliu-Hațieganu, Cluj-Napoca



**As. Univ.
Dr. Claudia-Felicia Pop**

As. Univ. Dr. Claudia-Felicia Pop, Medic primar Medicină de familie, Doctor în Științe medicale, Asistent universitar UMF Iuliu-Hațieganu, Cluj-Napoca, cindolean@gmail.com, tel 0788791403, CMI Dr. Pop Claudia Felicia, Cluj-Napoca



Pentru România, absența statisticilor oficiale face ca obezitatea infantilă să rămână un ucigaș tăcut. Astfel, singurul studiu oficial conține date din anul 2015 și arată că la toate grupele de vârstă studiate 7, 8 și 9 ani, ponderea copiilor cu probleme de greutate depășește 25%.

Literatura de specialitate și studiile efectuate în lume, în ultimii 30 de ani, au semnalat o dublare a prevalenței obezității la copil, atât în țările dezvoltate, puternic industrializate, cât și în cele în curs de dezvoltare.

Prevenirea obezității infantile presupune măsuri profilactice specifice celor trei perioade de timp critice din cursul vieții: preconcepția și sarcina, perioada de sugar și preșcolar, precum și perioada de

școlar și adolescență. Obezitatea copilului este o realitate căreia medicul de familie și medicul pediatru trebuie să-i acorde o atenție deosebită, fiind considerată cea mai frecventă tulburare de nutriție. Intervențiile pentru prevenirea obezității trebuie să fie continue, multidisciplinare, sistematice, începând cu informarea și instruirea persoanelor, dar oferind posibilitatea unor alegeri sănătoase, îmbunătățirea condițiilor de mediu și concentrându-se pe achiziționarea de motivații personale pentru alegerile sănătoase, și nu ca o datorie de sănătate.

Obezitatea poate afecta sănătatea imediată a unui copil, nivelul de educație și calitatea vieții. Progresele înregistrate în lupta împotriva obezității infantile au fost lente și inconstante. Nutriția sănătoasă și combaterea obezității la copil sunt priorități de sănătate publică.

Factorii de risc pentru obezitate sunt:

a. Factori genetici

În cazul copiilor cu obezitate în primii ani de viață și care au ambii părinți obezi, riscul de a deveni adult obez este de 80%, dublu față de copiii cu un singur părinte obez. Ideea că „obezitatea se transmite în familie” a fost susținută de numeroase studii, influența genetică în apariția obezității la copii se estimează a fi între 50 și 90%.

b. Factori socio-culturali

Un rol foarte important în dezvoltarea comportamentului copiilor față de alimentație îl au mediul social și cultural în care trăiește copilul, reprezentat de casă, școală, comunitate. Părinții contribuie la formarea unei atitudini corecte sau greșite a copilului față de alimente prin exemplul dat. Cu alte cuvinte, influențează în mare măsură preferințele alimentare și stilul de viață al copiilor lor.

c. Cauze medicale

Există o serie de afecțiuni asociate cu obezitatea – boli endocrinologice, boli ale aparatului locomotor, alte sindroame.

d. Alți factori de risc

Sunt menționați ca și factori de risc pentru obezitate încă din perioada intrauterină: subnutriția, supraalimentația, diabetul zaharat sau fumatul la mamă. Ca și factori perinatali regăsim: intervenția cezariană, absența alăptării sau durata scurtă a acesteia.

Factorii favorizanți:

a. Greutate mică la naștere pentru vârsta de gestație

Din cauza unei malnutriții intrauterine și asociată cu o creștere rapidă în greutate postnatal, copilul poate să prezinte obezitate, sindrom metabolic, DZ.

b. Greutatea mare la naștere conferă risc de obezitate

Nou-născuții din mame obeze sunt mai frecvent macrosomi, iar pe termen lung pot dezvolta obezitate.

c. Copiii care au o vârstă gestațională mare, probabil din cauza insulinorezistenței materne și intoleranței la glucoză, au risc, în viitor, pentru obezitate.

d. Istoric familial pozitiv pentru obezitate

Riscul copiilor care au dezvoltat obezitate în primii ani de viață de a deveni adulți obezi este de 80% pentru cei cu ambii părinți obezi și de 40% pentru copiii cu un singur părinte obez.

Există o corelație strânsă între obezitatea mamei, atât anterioară gravidității, cât mai ales gestațională și obezitatea copilului.

e. Creștere rapidă în greutate în primele 4-6 luni

O creștere rapidă în greutate se asociază cu un risc de obezitate în copilărie, cu o masă mare de adipozitate și cu o distribuție a adipozității la nivel abdominal la copil.

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

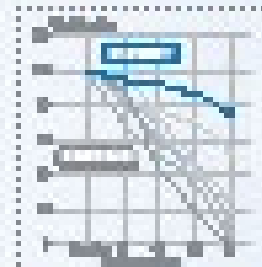
- 1 Aerul intră prin gulerul biberonului și este direcționat prin sistemul intern de ventilație
- 2 Aerul circulă prin tubul sistemului ocolind laptele, până în capătul biberonului
- 3 Sistemul elimină vidul și bulele din lapte, presiunea negativă și strângerea tetinei
- 4 Bebelușul se hrănește mai confortabil,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



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.

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.

f. Absența alimentației naturale

Asociația Americană de Pediatrie, Organizația Mondială a Sănătății recomandă alimentația la sân, ca factor de protecție împotriva obezității în perioada de adolescență. Riscul de apariție a obezității scade direct proporțional cu durata alăptării (până la 9 luni), fiecare lună de alăptare scade cu 4% riscul de obezitate.

g. Alimentația artificială necorespunzătoare

Excesul de proteine în primul an de viață este considerat un factor de risc pentru dezvoltarea ulterioară a obezității și suprasolicitația organelor imature. Proteinele din laptele de vacă stimulează în mod particular eliberarea masivă de IGF1. Acesta este motivul pentru care ghidurile recomandă ca atunci când alăptarea nu este posibilă să fie prescrise pentru nou-născutul la termen sănătos formule de început care să asigure un aport caloric între 60-70 kcal/100 ml, aport caloric similar cu cel asigurat de alimentația naturală pentru a evita apariția tulburărilor nutriționale de tip deficit (malnutriția) sau în exces (obezitatea).

h. Alimentația în perioadele critice

Diversificare precoce înaintea vârstei de 4-6 luni, alimentație hipercalorică, hiperglucidică, hiperproteică, sărăcia în fibre alimentare pot conduce la obezitate.

Criterii de identificare și evaluare a obezității la copil

Anamneza:

- Vârsta la debutul obezității: „perioadele critice”, vulnerabile, pentru instalarea obezității sunt perioada de sugar, prima copilărie și adolescența.
- Rolul factorilor declanșanți,
- Dezvoltarea pe etape de vârstă a copilului,
- Agregarea familială,
- Anchetă alimentară,
- Anchetă activităților fizice,
- Relația aport alimentar - activitate fizică / sedentarism – obezitate.

De la naștere și până la vârsta de 2 ani, pentru determinarea excesului ponderal se impune raportarea greutății actuale la greutatea ideală pentru talie, vârstă și sex.

La copiii cu vârsta mai mare de 2 ani, se recomandă folosirea hărților IMC 2-20 ani/ vârstă/ sex, ca metodă de screening pentru supraponderie și obezitate deoarece indicele de masă corporală (IMC):

- este un indicator antropometric
- nu este un instrument de diagnostic, ci este un indicator de screening

- este specific pentru sex și vârstă
- este o măsură indirectă a grăsimii corporale

Profilaxia obezității reprezintă o strategie a politicilor de sănătate, ce impune programe de supraveghere atentă a copiilor cu tendință de creștere în greutate. Strategiile de reducere a riscului de obezitate a copiilor se concentrează adesea asupra îmbunătățirii obiceiurilor legate de alimentație și asupra menținerii unui nivel înalt al activității fizice. Formarea unor obiceiuri alimentare sănătoase de la vârstă mică este importantă pentru păstrarea sănătății pe termen lung și prevenirea obezității.

Primul obiectiv în aducerea copilului la o greutate sănătoasă ar fi reducerea numărului de calorii ingerate, prin modificarea obiceiurilor alimentare.

Perioada copilăriei este ideală pentru stabilirea comportamentelor alimentare și a stilului de viață sănătos care poate proteja copiii împotriva obezității ulterioare.

Strategiile de prevenție la nivel familial sunt recomandate de către medicul de familie și includ:

- Dietă adecvată în timpul sarcinii, cu controlul creșterii în greutate în ultimul trimestru, atunci când există o acumulare mai mare de țesut adipos la făt, și efectuarea screeningului diabetului gestațional
- Inițierea alimentației naturale încă din prima oră după naștere și promovarea alimentației naturale exclusive pentru cel puțin șase luni.
- Începerea alimentației complementare la 6 luni, împreună cu continuarea alăptării până la doi ani sau mai mult, cu respectarea unui aport proteic adecvat.
- Recomandarea începând cu al doilea an de viață a schemelor alimentare adaptate, îndemnând părinții să evite supraalimentarea copiilor
- La copii și adolescenți este necesară o schimbare a aportului alimentar, mai mult din punct de vedere calitativ decât cantitativ, prin educație nutrițională.
- Evaluarea periodică a obiceiurilor alimentare ale copiilor.
- Evaluarea creșterii staturo-ponderale
- Explicarea consecințelor diverselor comportamente alimentare ale părinților, întărind rolul de model pe care aceștia îl au pentru copii
- Consilierea în privința unei activități fi-

zice regulate și a dezvoltării unui stil de viață activ.

- Informarea părinților asupra consecințelor obezității la copil (de exemplu, depresie, scăderea stimei de sine, pasivitate).

De asemenea, extrem de importantă este promovarea atitudinilor alimentare sănătoase pentru întreaga familie: consumarea unui număr cât mai mare de prânzuri în familie, consumarea zilnică a micului dejun, limitarea consumului de băuturi îndulcite cu zahăr, utilizarea de porții moderate, încurajarea consumului de fructe și legume, limitarea alimentației la restaurante, mai ales a celor de tip fast-food, limitarea timpului petrecut la televizor sau folosirea altor gadgeturi moderne, prin permiterea a maximum două ore pe zi în fața ecranului, promovarea efectuării activității fizice.

Rolul medicului de familie este important în prevenția obezității infantile, abordarea multidisciplinară fiind esențială pentru prevenirea apariției comorbidităților acesteia atât pe termen scurt, cât și pe termen lung la vârsta adultă.

Concluzii

Obezitatea copilului reprezintă o reală problemă căreia medicul de familie și medicul pediatru trebuie să-i acorde o atenție deosebită, fiind considerată cea mai frecventă tulburare de nutriție. Intervențiile nutriționale prin educație alimentară, combinate cu cele de stimulare a activității fizice, constituie baza prevenției obezității la copil. Fiind o afecțiune cronică extrem de costisitoare prin intervențiile complexe pe care le necesită, nutriția sănătoasă și combaterea obezității la copil trebuie să ocupe un loc important în sănătatea publică.

Bibliografie:

1. Mocanu V. - Prevenția obezității la vârsta copilăriei - obezitatea la vârsta copilăriei: factor de risc pentru sănătate de-a lungul vieții; 2015, editura „Gr. T. Popa, U.M.F. Iași”
2. Holm JC, Nowicka P, Farpour-Lambert NJ et. al. - The Ethics of Childhood Obesity Treatment – from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of European Association for the Study of Obesity (EASO); Obes Facts; 2014;7:274–281; DOI: 10.1159/000365773
3. Laura Mihaela Trandafir, Mihaela Moscalu, Vasilica Toma, Otilia Elena Frăsinaru. Politici de sănătate în prevenția obezității la copil. Politici de sănătate orală. Georgeta Zegan, Lucia Bârlean Ed. UMF “Gr. T. Popa”, UMF Iași, 2015, ISBN 978-606-544-329-327
4. Laura Mihaela Trandafir, Dana Teodora Anton-Păduraru, Ingrid Miron, Lucian Laurențiu Indrei. Psychosocial implication of Childhood Obesity. Revista de cercetare și intervenție socială. Vol. 49, June 2015, pp. 205-215. ISSN 1583- 3410.

FORMULĂ DELICIOASĂ CREATĂ SPECIAL PENTRU COPII, SUSȚINE SISTEMUL IMUNITAR



DE CE ESTE UNIC KORILL KIDS?



Uleiul de kril din Korill Kids provine din cea mai pură sursă naturală de kril (crustaceu mare), pescuit ecologic în Antarctica.

Originea sursei krilului poate fi oricând identificată.



Krilul pescuit din cele mai curate ape ale planetei, uleiul de kril din Korill Kids este lipsit de substanțe radioactive și alte chimicale, cum ar fi metale grele-mercur.



Korill Kids reprezintă sursa de acizi grași esențiali EPA și DHA, și de antioxidanți prin vitaminele A, C, D3 și E. Flaconul conține 30 de uraleți gumați, cu arome naturale de portocală, lămâie, grapefruit și eucalipt.

De ce este important Korill Kids:

- Uleiul de kril din Korill Kids nu necesită aditivi de conservanți;
- Ulei de kril pur, fără plumb și PCB;
- Fără gust și miros de pește;
- Termologie patentată, cu absorbție rapidă a substanțelor biologice active;
- Numeroase studii demonstrează virtuțile uleiului de kril și beneficiile pe care le are asupra organismului.

Studiile clinice documentate pentru Korill Kids demonstrează:

- Absorbția superioară a substanțelor biologice active;
- Eficacitatea substanțelor biologice active sub o formă solubilă;
- 88% absorbție dovedit clinic superioară uleiului de pește;
- Activarea enzimei malingulină și lipază;
- Menținerea pe termen înalung al gustului plăcut, înțeles;



- Menținerea nivelului normal (vitamina A);
- Asigurarea funcționării normale a sistemului imunitar și menținerea sănătății sistemului nervos și a sistemului (prin aportul de vitamine A, D și D3).



Produsul conține ingrediente naturale



Nu conține organisme modificate genetic, metale grele, radioactive



Nu conține coloranți artificiali sau potențiatori de aromă.

**Urăleții Korill kids
- ce-l mai bun pentru copii!**



Dezvoltarea vizuală în primii ani de viață

Este important să știm ce vād copiii și cum se dezvoltă vederea copiilor în primii ani de viață pentru a ști ce să urmărim și când trebuie să ne îngrijorăm. Deși din punct de vedere structural ochii sunt complet formați la naștere, capacitatea lor funcțională este slabă din mai multe motive: ochiul este mic ca lungime, pupila este foarte mică, retina (țesutul din interiorul ochiului care percepe stimulii vizuali) nu este maturizată, nervii optici (canalele de comunicare între ochi și creier) și centrii de integrare a informației vizuale din creier sunt încă în dezvoltare.



Dr. Daniela Cioplean

Medic primar Oftalmolog, Clinica Oftalmologică Oftapro, București
Vicepreședinte Asociația Europeană de Strabologie

Nou-născutul este sensibil la lumină, percepe contrastele, și poate distinge chipuri aflate foarte aproape de el (bazându-se pe contrast), dar acuitatea lui vizuală este de 20-30 de ori mai slabă decât a adultului.

În primele 2 luni de viață lucrurile se schimbă foarte rapid, astfel, la 2 luni acuitatea vizuală este de 10 ori mai slabă decât a adultului, copiii urmăresc obiecte în mișcare și ochii încep să lucreze în pereche, fiind paraleli în majoritatea timpului.

La 3 luni ochii sugarilor trebuie să privească în aceeași direcție permanent, tot acum începe să se dezvolte vederea în spațiu. Copiii percep culorile, dar sunt mai atrași de roșu și galben decât de albastru.

La 6 luni vederea cromatică este comparabilă cu cea a adultului, copilul urmărește obiecte aflate la distanță mai mare, este capabil să schimbe rapid atenția vizuală de la aproape la distanță și invers, câmpul vizual este mult lărgit.

Atunci când ochii nu sunt aliniați la vârsta de 6 luni (strabism infantil) șansele de dezvoltare a unei vederi binoculare normale sunt foarte mici.

Vederea în spațiu, percepția adâncimilor nu se va forma niciodată sau se va

forma rudimentar și eronat dacă nu se acționează pentru corectarea strabismului.

Vederea copilului la 1 an este aproximativ 30% din vederea adultului, iar percepția tridimensională este mult îmbunătățită iar în jurul vârstei de doi ani începe să se apropie de cea a adultului, în jurul vârstei de 3-4 ani fiind comparabilă cu cea a adultului. Acesta este parcursul firesc al unui copil care nu moștenește dioptrii semnificative de la părinți și care ulterior va fi un adult cu vedere normală.

Acuitatea vizuală, capacitatea de acomodare (de a vedea clar la aproape), convergență (capacitatea de a coordona axele vizuale la aproape, vederea tridimensională continuă să se dezvolte până la 6-7 ani. Totodată viciile de refracție pot apărea oricând și se pot modifica rapid la copil.

În aceeași măsură, există defecte refractive (dioptrii) moștenite din familie motiv pentru care copiii care vin în familii cu purtători de ochelari, în special cei cu dioptrii mari, trebuie să ajungă la oftalmolog înainte de vârsta de 2 ani. Dioptriile în-născute care sunt în afara celor fiziologice (normale, aferente vârstei) pot fi detectate prin măsurători de la vârsta de 6 luni și se pot lua măsurile corespunzătoare.

De exemplu dacă un bebeluș are o miopie congenitală cu valori de -10, prezența ochelarilor puși la timp va permite dezvoltarea retinei în mod adecvat iar copilul va avea o performanță foarte bună cu ochelarii pe ochi. În lipsa lor până la vârsta grădiniței, vederea lui nu se va dezvolta normal putând apărea ambliopia, (ochiul leneș) sau/și strabismul.

Astfel, judecând după cele scrise mai sus, orice nealiniere a axelor vizuale după vârsta de 3 luni este considerată patologică și necesită un consult oftalmologic. De asemenea trebuie să respectăm examinările de rutină oftalmologice, pentru că sunt menite să verifice funcția vizuală și comportamentul vizual conform vârstei. Aceste examinări pot descoperi și preveni deficite vizuale mai greu, sau imposibil de recuperat tardiv.

Pe scurt, o evaluare oftalmologică făcută înainte de vârsta de doi ani pentru orice copil ar fi ideală.

Pentru cei la care sunt evidente strabisme sau alte anomalii ale ochilor observate la vârstă mică, chiar și nou născut, un control oftalmologic urgent este oportun cât mai devreme posibil pentru că oftalmopediatria poate tranșa normalul de patologic luând măsurile necesare de prevenție pentru o dezvoltare normală a vederii bebelușului.



Recepție: 0764 740 081
0730 593 534
021/25 25 201
021/25 25 217

Optică: 0799 930 107
E-mail: office@oftapro.ro
optica@oftapro.ro

Bd. Mărășești, Nr. 15, Sector 4, București
www.oftapro.ro

VAid - Vinno Artificial Intelligence Detection

VAim - Vinno Artificial Intelligence Measurements

DESIGN INOVATIV

FLUX DE LUCRU INTUITIV

TRANSDUCTORI CU
TEHNOLOGIE MONOCRISTAL
fara pini externi, cu plaja de frecvente 1-23 MHz

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

MODURI DE LUCRU:

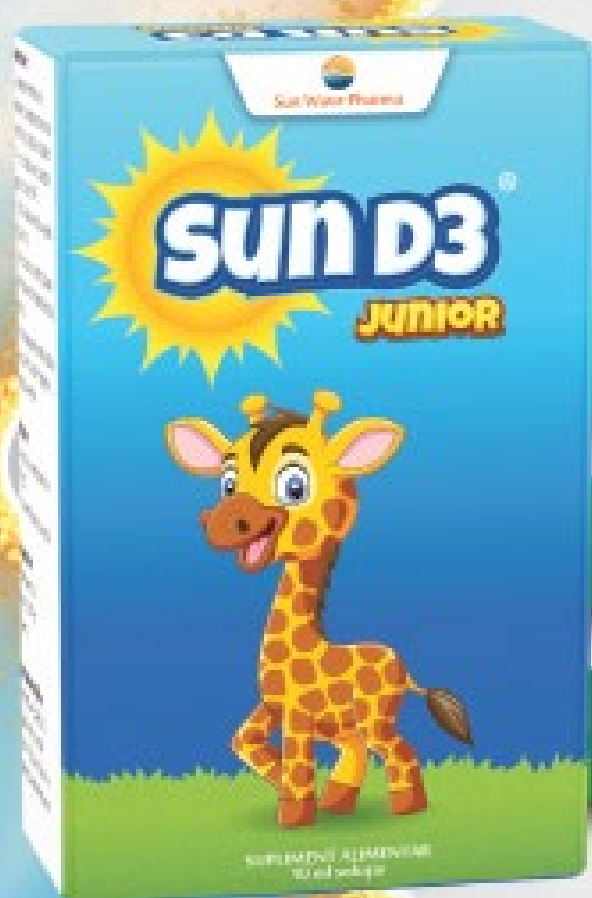
- B - 2D
- Color Doppler
- M
- M Anatomic
- Doppler Pulsat
- Doppler Continuu
- Doppler Tesut
- 3D/4D
- CBI-CEUS
- VGuide
- PWV
- VFlow
- elastografie
- calcule si analize Doppler automate
- etc.

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



Sun Wave Pharma

Making Tomorrow Healthier



Biodisponibilitate maximă*

Datorită uleiului de măsline din compoziție

Optim dozat

200 UI / picătură

Sursă naturală

Vit D3 din alge non-gmo

SOARE ÎN FIECARE ZI

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