

COLECTIVUL DE AUTORI

- **Ludmila Cerempei**, Profesor, Catedră pediatrie FPM USMF „Nicolae Testemițanu”, doctor habilitat în medicină.
- **Elena Cucieru**, profesor la disciplina Pediatria, grad didactic I, șefa catedrei de pediatrie CNMF.
- **Ala Manolache**, profesor la discipline Socio-Umane, grad didactic superior, director CNMF.
- **Svetlana Cobîleanschi**, profesor la disciplina Boli Infecțioase, grad didactic I, vicedirector CNMF.
- **Ludmila Botnariuc**, profesor la disciplina Pediatria și Genetica Medicală, grad didactic I, doctor în științe pedagogice, metodist, CNMF.
- **Riva Cușnir**, profesor la disciplina Pediatria, grad didactic I.
- **Tamara Țurcan**, pediatru, categoria superioară, șef secție „Maladii respiratorii” IMSP, spitalul clinic pentru copii Nr.1, membru al Alianței Țărilor Latine în analiza sistemului de sănătate.

CUPRINS

Argument	7
PARTEA I . COPILUL SĂNĂTOS	
Capitolul 1. Creșterea și dezvoltarea copilului.....	8
Perioadele copilăriei	8
Creșterea și dezvoltarea copilului.....	10
Capitolul 2. Particularitățile anatomo-fiziologice (PAF) ale copilului.....	20
PAF ale sistemului nervos și organelor de simț.....	20
PAF ale tegumentelor și mucoaselor.....	28
PAF ale sistemului osos și muscular.....	30
PAF ale sistemului respirator.....	33
PAF ale sistemului cardiovascular.....	36
PAF ale sistemului hematopoietic.....	39
PAF ale sistemului gastrointestinal.....	41
PAF ale sistemului excretor.....	45
Capitolul 3. Nou-născutul.....	49
Nou-născutul la termen.....	49
Îngrijirea nou-născutului sănătos la domiciliu.....	56
Stările tranzitorii ale nou-născutului.....	60
Alimentația nou-născutului în maternitate și la domiciliu.....	61
Nou-născutul prematur.....	63
Igiena copilului.....	72
Capitolul 4. Alimentația.....	88
Alimentația naturală.....	88
Alimentația mixtă și artificială.....	105
Alimentația copilului după 1 an.....	114
Capitolul 5. Copilul și familia.....	119
Îngrijirea pentru dezvoltare – strategie de bază promovată de OMS.....	119
Strategii de lucru cu familia cu copii mici.....	130
Comunicarea cu copilul.....	138

Nevoile copilului și ale familiei.....	155
Maltratarea și violența față de copil.....	161
Securitatea copilului.....	166
Rolul jocului și a jucăriei în dezvoltarea copilului.....	172
PARTEA II. COPILUL BOLNAV	
Capitolul 1. <i>Maladiile nou-născutului</i>	180
Traumatisme obstetricale cerebrale.....	180
Patologia cutanată a nou-născutului și sugarului.....	185
Patologia ombilicului.....	189
Conjunctivitele nou-născutului.....	191
Boala hemolitică a nou-născutului.....	193
Capitolul 2. <i>Maladiile nutriționale</i>	198
Malnutriția.....	198
Rahitismul.....	206
Anomaliile de constituție.....	216
Capitolul 3. <i>Maladiile sistemului respirator</i>	226
Amigdalita acută.....	227
Otitele la copii.....	231
Laringotraheita stenoizantă acută (crupul fals).....	236
Bronșita acută.....	240
Pneumonia acută.....	242
Astmul bronșic.....	251
Capitolul 4. <i>Maladiile sistemului digestiv</i>	260
Stomatitele.....	260
Diareile la copii.....	266
Gastrita acută.....	274
Boala ulceroasă.....	277
Colecistitele.....	280
Dismicrobismul.....	284
Capitolul 5. <i>Helmintiazele</i>	288
Ascaridiaza.....	288

Oxiuraza.....	290
Capitolul 6. Maladiile sistemului hematopoietic.....	293
Anemia feriprivă.....	293
Diatezele hemoragice.....	301
Purpura trombocitopenică idiopatică autoimună.....	302
Vasculita hemoragică.....	304
Hemofiliile.....	307
Leucemiile.....	309
Capitolul 7. Maladiile sistemului cardiovascular.....	313
Reumatismul articular acut.....	313
Malformațiile congenitale cardiovasculare.....	319
Capitolul 8. Maladiile sistemului excretor.....	325
Glomerulonefrita difuză.....	325
Pielonefrita.....	330
Cistitele.....	336
Capitolul 9. Maladiile metabolice.....	338
Hipovitaminozele și avitaminozele.....	338
Diabetul zaharat.....	342
Paratrofia.....	349
Obezitatea.....	351
Anexă.....	355
Bibliografia.....	362

Argument

În condițiile actuale ale unei diversități informaționale pe de o parte, și absența unor manuale noi dedicate formării specialistului medical în medicină pe de altă parte, se impune necesitatea cursului de lecții elaborat de colectivul de autori. Lucrarea reprezintă un ghid informațional și un suport teoretico-aplicativ pentru studenți și profesori, care oferă conținuturi accesibile tehnoredactate cu puncte de reper.

Cursul conține materii pentru studierea disciplinei pediatria în colegiul de medicină, corelate cu prevederile programelor în vigoare, în corespundere cu recomandările științifice și practice ale medicinei avansate. Intenția noastră este de a prezenta noțiuni utile, informații, sfaturi, ce se vor reflecta în activitatea practică zilnică a specialiștilor medicali medii la nivel de asistență medicală primară.

Partea I *Copilul Sănătos* vizează domeniile de creștere și dezvoltare a copilului, particularitățile anatomo-fiziologice de vârstă ale organelor și sistemelor, alimentația, comunicarea cu copilul, îngrijirea pentru dezvoltare, rolul familiei în creșterea și dezvoltarea copilului. Deoarece primii ani de viață sunt decisivi pentru dezvoltarea intelectuală a personalității și comportamentelor sociale ale copilului, este necesar de a promova măsuri de prevenție în scopul asigurării unui mediu favorabil și securizant pentru creșterea și dezvoltarea copilului. Un compartiment separat este dedicat îmbunătățirii relațiilor perinte-copil pentru satisfacerea necesităților esențiale ale copilului în ce privește alimentația, siguranța, căldura, afecțiunea și stimularea.

Partea a II incorporează cele mai frecvente maladii ale copilului, subiectele cărora sunt distribuite conform principiului abordării maladiei în cadrul sistemelor de organe. Deoarece în multe maladii diagnosticul se stabilește cu dificultăți, lucrarea include strategii de conduită a copilului bolnav la nivel de asistență medicală primară în viziunea OMS.

Suntem convinși că lucrarea dată va deveni un suport util în activitatea cadrelor medicale medii, care observă și asistă copilul la toate etapele de dezvoltare.

Colectivul de autori

PARTEA I. COPILUL SĂNĂTOS

CAPITOLUL 1

CREȘTEREA ȘI DEZVOLTAREA COPILULUI

L.Cerempei, E. Cucieru, L. Botnarcu, R.Cușnir, T.Țurcan

PERIOADELE COPILĂRIEI

Ontogeneza sau istoria dezvoltării individului studiază dezvoltarea organismului în dinamică de la produsul de concepție pînă la moarte.

Ontogeneza prezintă 2 etape de dezvoltare:

- Intrauterină sau prenatală;
- Extrauterină sau postnatală.

Dezvoltarea intrauterină a produsului de concepție

Viața începe prin fertilizarea ovulului, cînd în zigot (ovulul fertilizat) sunt înscrise potențial toate trăsăturile moștenite ale organismului. Evoluția în continuare a zigotului sub formă de embrion și făt este sub influența factorilor de mediu intern (intrauterin) și a factorilor externi din mediul înconjurător.

Dezvoltarea intrauterină cuprinde:

- Perioada embrionară
- Perioada fetală

Perioada intrauterină a sarcinii poate fi influențată de diferite noxe, care pot determina nașteri premature sau diferite malformații. Dezvoltarea produsului de concepție este determinat de *factori intrinseci* și *factori extrinseci*.

Factorii intrinseci rezultă din *zestrea ereditară* a celor 2 părinți și pot fi:

- Tulburări utero-placentare;
- Infecții bacteriene (sifilis, tuberculoza, listerioza);
- Infecții parazitare (toxoplasmoza);
- Factori imuni (Boli autoimune, Rh-factor, etc);
- Factori endocrini (diabetul zaharat);
- Factori mecanici;

Factorii de mediu ambiant care influențează dezvoltarea embriofetală includ:

- Factorul geografic;
- Factorul alimentar;

Cadrele medicale care urmăresc evoluția sarcinii trebuie să cunoască acești factori, să-i depisteze cît mai timpuriu și să-i combată eficient, fiind într-o colaborare strînsă cu gravida.

Deasemenea una din căile de micșorare a morbidității și mortalității infantile este examinarea tinerilor care-și planifică copii, în centrele genetice și de planificare a familiei.

Dezvoltarea extrauterină sau postnatală

Dezvoltarea extrauterină a copilului cuprinde următoarele perioade:

- *Perioada de nou-născut;*
- *Perioada de sugar;*
- *Perioada antepreșcolară;*
- *Perioada preșcolară;*
- *Perioada de școlar.*

Perioada de nou-născut (0-28 zile)

Reprezintă prima și cea mai critică perioadă din viața copilului, deoarece are loc trecerea de la viața intrauterină la cea extrauterină și copilul este obligat să se adapteze la alt mediu, pentru care este pregătit insuficient.

În această perioadă apare respirația pulmonară, se usucă și cade bontul ombilical, se cicatrizează plaga ombilicală, începe să funcționeze sistemul digestiv, se instalează circulația sangvină etc.

La începutul perioadei de nou-născut se manifestă o serie de stări fiziologice (tranzitorii), care reflectă procesul de adaptare a copilului la viața extrauterină: icterul fiziologic, mastopatia, crizele genitale, scaunul tranzitoriu etc. Sunt posibile probleme de alimentație din cauza poziționării și aplicării incorecte la sân a nou-născutului.

Perioada de sugar (29 zile – 12 luni)

În această perioadă creșterea staturală și ponderală este mai intensă, de aceea necesitățile sugarului în ingrediente alimentare sunt mai mari. După vârsta de 6 luni odată cu perfectarea funcției sistemului digestiv, are loc diversificarea alimentației sugarului, care necesită respectarea anumitor cerințe în scopul prevenirii maladiilor gastrointestinale. Alimentația incorectă și necalitativă poate conduce la dezvoltarea anemiei, rahitismului, malnutriției, diatezelor etc.

În această perioadă se perfecționează funcția sistemului nervos, copilul începe să se orienteze în mediul înconjurător. Crește perioada de veghe la copil care necesită interacțiuni de comunicare și joc cu părinții. În această perioadă se formează legătura între mamă și copil, atașamentul copilului față de cei apropiați.

Perioada antepreșcolară (1-3 ani)

Reprezintă o perioadă calitativă nouă în care creșterea și dezvoltarea atinge parametri înalți. Continuă perfecționarea funcției sistemului nervos, se îmbogățește vocabularul, se formează vorbirea. Perioada de activitate nervoasă și motorie predomină asupra celei de somn.

Dezvoltarea motorie în această perioadă este intensă, mersul devine mai sigur, copilul aleargă, sare bariere. În această perioadă se definitivează *dentiția provizorie*, se perfectează digestia.

Perioada de preșcolar (3-7 ani)

Este perioada de maximă receptivitate a copilului la măsurile de creștere și educație. Se știe că în primii 4 ani de viață copilul realizează 50% din potențialul dezvoltării psihice, de la 4 până la 8 ani încă 30 % și la 8 ani acest indice atinge 80% din dezvoltarea intelectuală a adultului, astfel explicând denumirea perioadei până de

curînd *a celor 7 ani de acasă*. La această vîrstă devin evidente tulburările de vedere, auz, unele anomalii dentare care necesită o supraveghere medicală atentă pînă la vindecare clinică. Cu toate acestea la această vîrstă maladiile contagioase au o incidență sporită, însă evoluția lor este mai ușoară, mai rar se dezvoltă complicații severe.

Perioada de școlar (7 – 16 ani)

Este o etapă superioară în creșterea și dezvoltarea copilului, în care dezvoltarea intelectuală este dominantă. Spre deosebire de perioadele precedente, după vârsta de 10-12 ani în creșterea și dezvoltarea copilului se produc mari modificări cantitative și calitative, care sunt influențate de formațiunile neuro-endocrine (hormonii sexuali, suprarenali, tireoidieni, hipofizari etc.). Perioada pubertară este diferită la băieți și fete:

- La băieți începe la 13 ani și se termină spre 17-18 ani;
- La fete începe la 12-13 ani și se termină spre 16 ani;

Sub influența acestor hormoni se schimbă aspectul exterior al copilului, devin evidente caracterele sexuale secundare (mustața și barba la băieți, părul pubian și axilar atît la fete cît și la băieți, vocea schimbată la băieți, creșterea sînilor și apariția ciclului menstrual la fete etc. Incidența maladiilor infecțioase scade, însă crește tendința la cronicizarea unor maladii ca gastrita, etc. În această perioadă sunt posibile tulburări neuro-psihice, în special sub forma unor nevroze, cauzate mai frecvent de suprasolicitarea copilului; dereglări metabolice ca obezitatea – problemă actuală a civilizației.

Pentru a preveni aceste îmbolnăviri este necesar de a promova educația sanitară în familie, la școală. Supravegherea medicală corectă a copilului în școală prin examenele de bilanț, constituie garanția unei creșteri și dezvoltări normale la această vîrstă.

CREȘTEREA ȘI DEZVOLTAREA COPILULUI

Primii ani de viață au o importanță vitală pentru copil și pentru familia acestuia. Starea copilului reflectă raportul dintre sănătatea lui, alimentarea și etapa de dezvoltare la care se află.

Conoașterea proceselor normale de creștere și dezvoltare la copii facilitează recunoașterea devierilor de la standarde normale și sunt esențiale pentru prevenirea și diagnosticarea diferitor afecțiuni la copii. Deseori se confundă dezvoltarea copilului cu creșterea lui, însă ele nu desemnează unul și același lucru. Ele doar se completează una pe alta.

Creșterea se referă la schimbările de ordin fizic, adică a creșterii în dimensiuni a corpului copilului (taliei, greutateii, lungimii membrelor etc). Creșterea începe odată cu fecundarea ovulului și continuă pe parcursul întregii vieți, deoarece corpul își reînnoiește în permanență celulele lezate sau moarte.

Dezvoltarea copilului este un proces dinamic continuu, prin care copilul obține cunoștințe, comportamente și deprinderi tot mai complexe. Ritmul dezvoltării variază de la un copil la altul deoarece depinde de maturitatea sistemului nervos, muscular și osos, de factorii ereditari și de mediul înconjurător. În dependență de aceștea dezvoltarea copiilor poate fi:

- **Tipică sau normală**

- **Dezvoltarea ce prezintă riscuri**
- **Dezvoltarea atipică**

Un obiectiv de bază al specialiștilor medicali este de a ajuta fiecare copil să-și atingă potențialul propriu de dezvoltare pentru a deveni adult.

Factori care influențează creșterea și dezvoltarea copilului

Procesele de creștere și dezvoltare sunt influențate pozitiv sau negativ de factori, care se pot manifesta în anumite perioade ale vârstei. Acești factori sunt:

1. **Factori genetici**, care influențează hotărâtor talia și masa corporală finală a copilului.
2. **Factori nutriționali**. Acțiunea lor se face simțită începând cu viața intrauterină. Alimentația insuficientă a gravidei se va reflecta asupra dezvoltării fătului, care va avea la naștere o talie și o greutate inferioară celor născuți de la mame alimentate echilibrat.
3. **Factori de mediu**. Este dovedit că zonele temperate favorizează creșterea armonioasă a copilului spre deosebire de cele reci unde creșterea este inferioară.
4. **Factori emoționali**. Acești factori reflectă poziția copilului în familie, relația lui cu ceilalți membri ai familiei sau cu comunitatea în care trăiește.
5. **Factori socio-economici**. Includ situația materială a familiei și condițiile locative. Copiii din medii favorabile sunt mai bine dezvoltați pondero-statural decât cei din familii cu venituri modeste.
6. **Factori hormonal**. Ei influențează creșterea din săptămîna a 8-a de gestație.
7. **Maladiile acute și cronice** suportate de copil.

Domenii ale dezvoltării

Se cunosc 6 domenii majore ale dezvoltării: **fizic, motor, perceptiv, cognitiv, lingvistic și emoțional-social**. Ele sunt strîns legate între ele și se intercalează permanent. Aceste domenii pot fi utilizate la descrierea evoluției dezvoltării copilului.

Domeniile majore ale dezvoltării

Dezvoltarea copiilor poate varia în funcție de domeniu: un copil poate să meargă mai devreme, dar începe mai târziu a vorbi. Dezvoltarea în fiecare domeniu depinde de stimulentele existente și de posibilitățile de a învăța oferite de mediul înconjurător.

- **Dezvoltarea fizică** este un proces dinamic de modificare a formelor și proporțiilor precum și a dimensiunii întregului corp. Potențialul de dezvoltare a copilului în celelalte domenii depinde mult de dezvoltare lui fizică.

- **Dezvoltarea motorie** reprezintă abilitatea copilului de a se mișca și de a deține controlul asupra diverselor părți ale corpului său. Progresele în dezvoltarea motorie depind de maturizarea creierului, de semnalele transmise de sistemul senzorial, de numărul fibrelor musculare și de volumul lor, de existența unui sistem nervos sănătos și de posibilitățile existente de a practica abilitățile în dezvoltare.

- **Dezvoltarea cognitivă** constituie extinderea capacităților intelectuale și abilităților mintale ale copilului, este un proces permanent de interacțiune a copilului cu persoane, obiecte și evenimente din mediul său.

• **Dezvoltarea perceptivă** se referă la utilizarea mai complexă a informației obținute prin intermediul organelor de simț: auzul, văzul, simțul tactil, mirosul, gustul. Este dificil de a separa percepția de fenomenul cognitiv.

• **Dezvoltarea limbajului.** Limbajul constituie un sistem de simboluri rostite, scrise sau exprimate prin gesturi, ce permite ființelor umane să comunice între ele. Limbajul la copil se dezvoltă pe secvențe și depinde de procesul de maturizare și de posibilitățile de învățare. Pe parcursul primului an de viață limbajul este la etapa *prelingvistică* de dezvoltare. Copiii înțeleg multe concepte sau relații cu mult înainte de a învăța să le descrie.

• **Dezvoltarea emoțională-socială** se referă la sentimentele copilului față de propria persoană și relațiile sale cu alte persoane. Deasemenea cuprinde comportamentul copilului în timpul jocului, atașamentul lui față de părinți și îngrijitori, relațiile dintre el și alți membri ai familiei.

• **Dezvoltarea emoțională** constituie o parte foarte importantă a dezvoltării timpurii a copilului. Emoțiile se dezvoltă la copii în timpul cunoașterii diverselor experiențe de viață, în timpul jocului, în timpul interacțiunii cu adulții.

• **Dezvoltarea socială.** Copiii la cea mai fragedă vârstă devin conștienți de natura lor socială. La o vârstă puțin mai mare, când copiii devin membri ai unui grup, ei sunt expuși altui tip de comportament.

Jaloane ale dezvoltării

Pentru a caracteriza dezvoltarea copilului sunt utilizați anumiți termeni. *Jaloane ale dezvoltării se consideră realizări, schimbări majore ce se produc cu pași consecutivi și sunt caracteristice unei anumite categorii de vârstă.* De exemplu: aproape toți copiii încep să zîmbească conștient între 4 și 10 săptămîni, iar primele cuvinte sunt rostite între 8-12 luni. Fiecare domeniu are consecutivitatea și axa sa de dezvoltare. Fiecare vârstă are normele sale de abilități, ce constituie un anumit segment pe axa de dezvoltare.

Concepte de bază privind dezvoltarea

Conceptele de bază privind dezvoltarea copiilor vor fi foarte utile pentru a înțelege natura dezvoltării copiilor.

Înzestrarea. *Zestrea biologică* a copilului o constituie:

- părțile corpului, organele și sistemele senzoriale;
- capacitățile de a-și organiza experiența pe care o obțin și de a interacționa cu mediul înconjurător.

Înzestrarea este rezultatul interacțiunii factorilor ereditari și a factorilor mediului extern.

Maturizarea. Ea depinde de factorii mediului pentru a atinge jaloanele de bază în dezvoltarea motorie, cognitivă, creșterea emoțională.

Temperamentul. A fost dovedită existența diferitor temperamente la copii, ceea ce influențează la comportamentul lor. Copiii se nasc cu un tip special de temperament, ce-i determină individual. Însușirile comportamentale constituie premisele înnăscute pentru dezvoltarea personalității copilului.

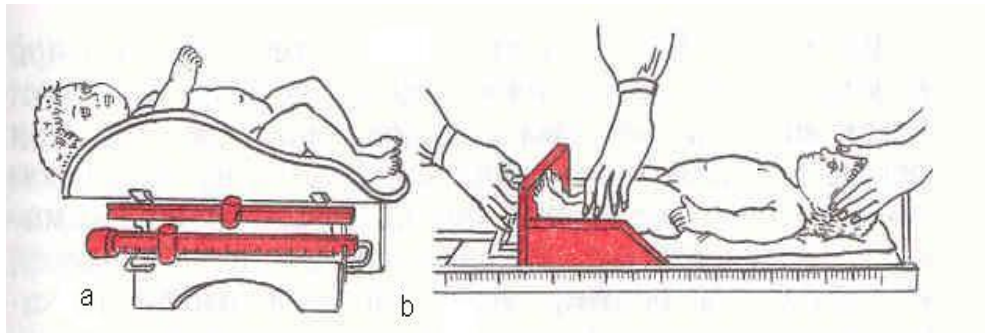


Fig. 1 a – cântărirea sugarului, b – taliometria

Aprecierea creșterii și dezvoltării somatice

Monitorizarea dezvoltării copilului se face în cadrul examinărilor periodice, care se efectuează:

- *La sugari – lunar;*
- *La copiii de la 1 la 3 ani – trimestrial;*
- *După 3 ani – anual cu un bilanț a dezvoltării fizice.*

La stabilirea devierilor în dezvoltare, copilul este examinat minuțios în scopul depistării cauzelor și prescrierii măsurilor ulterioare de stimulare a tuturor domeniilor dezvoltării copilului.

Aprecierea creșterii și dezvoltării se face ținând cont de 2 indicatori principali:

- *Indicatori ai creșterii* (tală, greutatea, perimetrele);
- *Indicatori ai maturației* (Maturația osoasă, sexuală, motorie, intelectuală, socială, dezvoltarea limbajului).

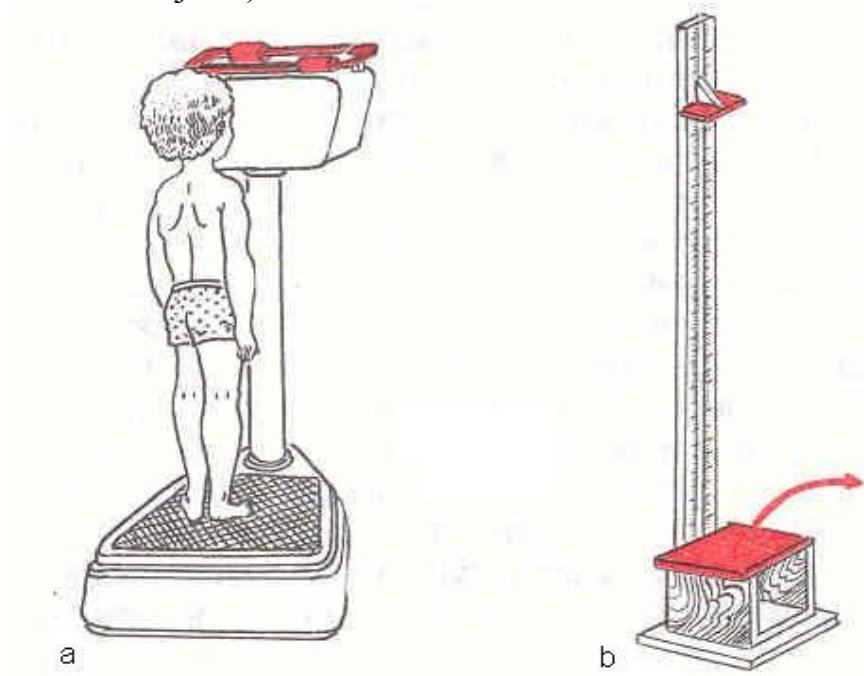


Fig. 2. a- cântărirea copiilor după 1 an, b – taliometria după vârsta de 1 an.

Metodele de examinare a dezvoltării fizice

1. Somatometria. Este metoda de bază în estimarea dezvoltării fizice a copilului. Indicii antropometrici servesc ca criterii de apreciere a stărilor premorbide și morbide la copii. Pentru a stabili devierile în dezvoltarea copilului se elaborează standarde speciale de dezvoltare. Indicii antropometrici sunt: talia, greutatea, perimetrele, pliul cutanat și lungimea membrelor. Metodele antropometrice sunt neinvazive, accesibile și destul de precise (fig. 1,2).

2. Somatoscopia. Această metodă permite aprecierea calităților fizice prin examen vizual.

3. Fiziometria, metodă care permite aprecierea parametrilor funcționali ai organismului (spirometria, dinamometria, aprecierea tensiunii arteriale, frecvenței pulsului).

Ritmul normal al creșterii staturale

La naștere talia variază între 47-55 cm. Creșterea în prima lună este de 4 cm, în luna II, III – câte 3 cm, în luna IV - 2,5 cm și începând cu luna V, VI – câte 1 cm pe lună. Astfel la vârsta de 1 an copilul măsoară 70-75 cm. În cel de-al 2-a an copilul crește lunar cu 1 cm, avînd la 2 ani 82-92 cm. La vârsta de 4-5 ani se dublează talia de la naștere și la 13-14 ani se triplează. Creșterea staturală încetinește la fete la vârsta de 13 ani și la băieți la 15 ani. Stagnează creșterea la vârsta de 17-19 ani, însă s-a constatat că la băieți ea poate continua pînă la 20-21 ani.

Ritmul creșterii staturale

<i>Cm/an</i>	<i>Vîrsta cronologică</i>
15-18	0-6 luni
8	6-12 luni
10	13-24 luni
8	25-36 luni
7	37-48 luni
5-6	4-10 ani
12-20	Saltul pubertar

Pentru estimarea taliei la copii se pot folosi formulele:

$$T_{1-6 \text{ luni}} = T_{\text{la naștere}} + 3v$$

$$T_{7-12 \text{ luni}} = 64 + v \quad v - \text{vîrsta în luni}$$

$$T_{1-4 \text{ ani}} = 100 - 8(4 - V)$$

$$T_{\text{după 4 ani}} = 100 + 6(V - 4) \quad V - \text{vîrsta în ani}$$

100 – talia la 4 ani (cm)

Talia adultă este egală cu dublul taliei la 2 ani. Luînd în considerație importanța factorilor genetici, talia finală a unei persoane este direct influențată de talia părinților, cu o deviere de (+) sau (-) 5 cm.

Pentru băieți: =Talia tatălui +(talia mamei +13cm)

$$\text{Pentru fete: } = \frac{\text{Talia tatălui} + (\text{talia mamei} - 13\text{cm})}{2}$$

Creșterea staturală este mai accentuată în lunile de primăvară și vară, iar în lunile de iarnă creșterea stagnează. Dereglarea creșterii poate apărea în diferite maladii, insuficiențe alimentare, etc.

Cauzele dereglării creșterii staturale

Excesul de creștere	Difictul de creștere
<i>Producție excesivă a hormonului de creștere</i>	<i>Deficitul hormonului de creștere</i>
<i>Hipertireoidism</i>	<i>Hipotireoidism</i>
<i>S-mul Klinefelter</i>	<i>Bolile cromosomiale</i>
<i>S-mul Marfan</i>	<i>Diferite maladii (renale, pulmonare, digestive, maladiile limitrofe etc.)</i>
<i>Homocistinuria</i>	<i>Carențele psiho-sociale</i>

Ritmul normal al creșterii ponderale

Greutatea copilului la naștere variază între 2500-4500g, la vârsta de 4 luni aceasta se dublează, iar la vârsta de 1 an se triplează.

Ritmul de creștere în greutate:

- la copilul mic este de 2,5-3 kg,
- la preșcolar – 2 kg/an,
- la școlar - 3,5 kg/an,
- la adolescent - 4kg/an.

Formule de evaluare a creșterii ponderale :

Formula Finkelstein $M_{0-6\text{luni}} = M_{\text{la naștere}} + (\text{vârsta în luni} \times 700)$

$M_{7-12\text{luni}} = M_{\text{la naștere}} + (\text{vârsta în luni} \times 600)$

Ritmul creșterii ponderale până la 1 an poate fi apreciat și după următoarea tabelă:

Vârsta (luni)	Adaus pondaral (g)	Vârsta (luni)	Adaus pondaral (g)
1	600	7	600
2	800	8	550
3	800	9	500
4	750	10	450
5	700	11	400
6	650	12	350

Ritmul creșterii după un an poate fi determinat după formulele:

$$M_{1-10 \text{ ani}} = 10 + 2 V$$

V – vârsta în ani

$$M_{\text{după } 10 \text{ ani}} = 30 - 4 (10 - V)$$

2 – adaus anual în greutate de la 1 la 10

ani

4 – adaus anual în greutate după 10 ani

Limitele greutății și taliei la copiii de la 1 an pînă la 16 ani

Vîrsta în ani	Băieți		Fete	
	Greutatea (kg)	Talia (cm)	Greutatea (kg)	Talia (cm)
1	10,0	73,5	9,50	73,0
2	12,56	87,5	12,99	86,6
3	14,61	96,2	14,42	95,7
4	16,51	103,4	16,42	103,2
5	18,37	108,7	18,37	109,1
6	21,91	117,5	21,09	115,9
7	24,54	124,1	23,68	122,3
8	27,26	130,0	26,35	128,0
9	29,94	135,5	28,94	132,9
10	32,62	140,3	31,89	138,6
11	35,20	144,2	35,74	144,7
12	38,28	149,6	39,74	151,9
13	42,18	155,0	44,95	157,1
14	48,81	162,7	49,17	159,6
15	54,48	167,8	51,48	161,1
16	58,83	171,6	53,07	162,2

Perimetrele

Măsurarea perimetrelor este o metodă valoroasă în aprecierea stării copilului. Perimetrul cranian este principalul *marker* al dezvoltării creierului. Determinarea perimetrului cranian este strict necesar pînă la vârsta copiilor de 36 luni, deoarece caracterizează dezvoltarea creierului. Perimetrul craniului la nou-născut este de 34-36 cm, la 1 an – 45 cm, la 2 – ani 48 cm, la 5 ani – 50 cm, la 15 ani – 55 cm.

Ritmul creșterii perimetrului cranian

Prematur (primele 2 luni)	1,1cm/săptămîna
Nou-născut	34 – 36 cm
I trimestru	1,5 – 2 cm / lună
II trimestru	1,0 cm / lună
III-IVtrimestru	0,5 cm / lună
Preșcolar	0,5 cm / an
Școlar	0,5 cm / an

Cauzele variațiilor perimetrului cranian

Perimetrul cranian mare	Perimetrul cranian redus
Hidrocefalie, legată de insuficiența dezvoltării creierului	Indus prenatal prin alcoolismul sau narcomania mamei
Diferite tumori ale creierului	Infecție maternă
	Defecte cromosomiale

Accelerația

În ultimele decenii în toate țările dezvoltate se observă fenomenul de accelerație. În primul an de viață accelerația se manifestă prin închiderea precoce a fontanelor și apariția dentiției de lapte mai devreme, indici mai mari ai greutateii și taliei, etc. În ultimii 50 ani s-a mărit greutatea copiilor la 1 an cu 1-2 kg, talia cu 4-5 cm. La vârsta de 3-7 ani semne de accelerație sunt dimensiunile avansate ale taliei și greutateii corporale, schimbarea dinților de lapte în dinți permanenți (definitivi). În perioada școlară accelerația se manifestă prin osificarea timpurie a scheletului, dezvoltarea sexuală înaintată, dezvoltarea emoțională și cognitivă.

Accelerația se află în dependență directă de epoca progresului științifico-tehnic, felul alimentației și adaptarea organismului la condițiile mediului prin acțiunea factorilor de stimulare a dezvoltării fizice (aer, soare, apă, sport, vitamine, etc).

Reglarea mutuală

Reglarea mutuală se consideră procesul prin care părinții depun eforturi pentru ca copilul să-și autoregleze acțiunile. Așa copii se dezvoltă armonios, deoarece susțin niște interacțiuni afectuoase cu persoanele care îi îngrijesc. În lipsa reglării din partea îngrijitorului copiii devin agitați, au un comportament dezorganizat, de aceea părinții trebuie să intervină cât mai curând în interacțiunea cu copiii lor. Când părinții *citesc* și răspund la semnalele copilului, ei stabilesc o interacțiune dinamică, ce poate fi benefică atât pentru copil, cât și pentru ei. Părinții care înfașă un nou-născut agitat, leagă un copil care plânge sau mîngîie un copil frustat, participă în mod activ la procesul de reglare mutuală.

Recomandări cu privire la susținerea dezvoltării armonioase a copiilor

- ***Necesitatea de a acorda mai multă atenție dezvoltării social-emoționale și nevoilor legate de sănătatea psihică a copiilor mici.***
- ***Necesitatea de a recunoaște importanța rolului pedagogilor și a persoanelor care îngrijesc copiii mici.***
- ***Necesitatea de a spori volumul asistenței acordate familiilor în care ambii părinți sunt angajați în câmpul de muncă.***
- ***Necesitatea de a integra cercetările din domeniul educației timpurii, neurologiei și geneticii moleculare.***
- ***Necesitatea de a integra știința privind dezvoltarea umană și știința aplicativă a intervențiilor timpurii.***
- ***Necesitatea de a perfecționa metodele de evaluare a intervențiilor timpurii.***

Standarde de dezvoltare

Unii copii progresa mai încet decât alții, dar acest fapt nu trebuie să-i alarmeze pe părinți. Dacă un copil nu posedă aceste deprinderi la vârsta corespunzătoare, aceasta nu înseamnă neapărat că există o problemă gravă, dar poate fi un semn de alarmă pentru părinți.

Teste de apreciere a abilităților copiilor la diferite vârste:

La vârsta de 3 luni, copilul Dvs:

- Întoarce capul spre culori aprinse și spre lumină?
- Își mișcă ochii la sunete puternice?
- Așezat pe burtică își ridică capul?
- Își mișcă mânuțele, le studiază?
- Dă din picioare și din brațe cu vioiciune?

La vârsta de 6 luni copilul Dvs:

- Râde zgomotos cu toată fața?
- Pronunță silabe, imită sunete?
- Apucă jucăria, o duce la gură?
- Se rostogolește de pe spate pe burtă?
- Șade în funduleț, sprijinit în scăunel sau cu pernuțe?

La vârsta de 12 luni, copilul Dvs:

- Șade fără a fi sprijinit?
- Se ridică singur, fără suport?
- Merge singur, ținut de o mână sau sprijinit de mobilă?
- Mănâncă singur cu lingurița, bea din cană?
- Apucă lucruri cu degetul mare și încă un deget?

La vârsta de 2 ani, copilul Dvs:

- Merge în picioare fără a cădea?
- Poate să se descalțe, dezbrace singur (pijama, pantalonași etc.)?
- Poate ține o cană și bea din ea fără să o verse peste sine?
- Poate mânca de sinestătător?
- Alcătuieste propoziții din două-trei cuvinte?
- Recunoaște oameni și obiecte cunoscute?
- Știe unde se află nasul, urechile, gura, ochii și părul și știe să le arate cu degetul?
- Găsește în carte imaginea pe care o numiți?

La vârsta de 3 ani, copilul Dvs:

- Sare pe loc cu ambele picioare?
- Își încheie, descheie nasturii?
- Merge la oliță singur?
- Sortează obiecte după formă și culoare?
- Recunoaște obiecte, animale, chipuri și le spune pe nume?
- Cunoaște figuri geometrice: cerc-pătrat?
- Se orientează în spațiu: sus-jos, înainte-înapoi, pe-sub?
- Numeste cel puțin un animal din cartea de desene?

- Vorbește în propoziții simple de 2-3 cuvinte?
- Îi place să stea și să asculte o poveste?
- Vrea să facă singur multe lucruri, apare sentimentul *Eu singur*?
- Consolează pe cineva (alt copil, mama, păpușa)?
- Își exprimă dragostea față de Dvs.?

La vârsta de 4-5 ani, copilul Dvs:

- Poate să stea într-un picior, în echilibru?
- Se spală singur pe mâini și pe dinți?
- Recunoaște cele 7 culori fundamentale?
- Cunoaște unde este partea dreaptă și cea stângă?
- Știe zilele săptămânii?
- Spune povești, recită poezii?
- Poate identifica și scrie litere din numele său (sau tot numele)?
- Stabilește asemănări-deosebiri între obiecte?
- Inventează cuvinte?
- Este destul de independent?
- Arată diferite emoții?

La vârsta de 6-7 ani, copilul Dvs:

- Poate să coordoneze mișcările la comandă?
- Poate să compare obiecte de diferite dimensiuni?
- Recunoaște unele semne de pe stradă, din cartier?
- Își cunoaște adresa, numele, prenumele, numărul de telefon?
- Are un vocabular bogat, în vorbire folosește propoziții compuse (subiect, predicat, atribut, compliment, conjuncție, prepoziție etc)?
- Cunoaște toate literele, citește, scrie?
- Este critic la absurdități, incorectitudini în imagini, fraze?
- Desenează un om cu corp, membre, degete, cap, păr, față (ochi, urechi, nas, gură, bărbie)?
- Îi place mult să exploreze, să deseneze, să construiască, să alcătuiască puzzle (imagini decupate), să cânte, să danseze?
- Este independent, responsabil, este de acord cu regulile?
- Are prieteni, vrea să fie ca ei, se joacă, cooperează cu prietenii?

Semne de risc crescut la copiii mici

Lista de mai jos include un eșantion de comportamente care pot semnala unele probleme la copil și nevoia acestuia de a fi evaluat mai atent. Orice copil poate prezenta unele dintre aceste comportamente și să aibă probleme deosebite. La evaluarea achizițiilor copilului, se notează detaliat comportamentele văzute, inclusiv frecvența, intensitatea și durata, vârsta la care a fost depistată.

CAPITOLUL 2

PARTICULARITĂȚILE ANATOMO – FIZIOLOGICE ALE COPILULUI

L.Cerempei, E. Cucieru, L. Botnarcu, R.Cușnir, T.Țurcan

PARTICULARITĂȚILE ANATOMO – FIZIOLOGICE ALE SISTEMULUI NERVOS ȘI ORGANELOR DE SIMȚ

Sistemul nervos coordonează toate procesele fiziologice din organismul copilului în creștere, asigurând adaptarea permanentă la condițiile mediului extern. Sistemul nervos coordonează activitatea cordului, sistemului respirator, digestiv și altor sisteme.

Deosebim:

- *Sistem nervos central;*
- *Sistem nervos periferic;*
- *Sistem nervos vegetativ.*

Funcția sistemului nervos periferic și vegetativ este coordonată de sistemul nervos central. Nou-născutul este pregătit parțial pentru viața extrauterină. Îndată după naștere creierul copilului are funcția imperfectă, care continue să se diferențieze pînă la vîrsta de 20 ani.

Creierul la nou-născut este relativ mare, cîntărește 330-400g (constituie 1/8 din greutatea corpului), la vîrsta de 20 ani creierul se mărește în dimensiuni de 4-5 ori. La bărbați cîntărește 1400g, iar la femei 1270 g. Invățatul fiziolog Pavlov I. a menționat, că caracterul sistemului nervos depinde mult de factorii ereditari, de educația primită, de factorii mediului extern.Țesutul medular al creierului este bogat în apă, conține puțină licetină și alte substanțe proteice specifice.

Substanța cenușie este dezvoltată incomplet, aproape că nu se deosebește de substanța albă. Numărul celulelor nervoase în emisferile cerebrale sunt ca și la adulți în număr de 12 miliarde, însă structura lor este foarte simplă, imatură. Ele sunt mici, insuficient diferențiate, au formă de fus, sunt strîns lipite între ele, lipsite de mielină, se maturizează foarte lent și la diferite vîrste.

Primii care se mielinizează sînt receptorii și analizatorii cutanați, gustativi, olfactivi, acustici și optici. Mielinizarea căilor piramidale are loc la vîrsta de un an. Nervii cranieni se mielinizează la 3 luni, iar cei periferici la 3 ani.

Sistemul nervos vegetativ este dezvoltat relativ mai bine ca scoarța cerebrală. El menține tonusul vaselor sangvine, reglează funcția organelor interne.

Mișcările nou-născutului sunt haotice, necoordonate. Măduva spinării la nou-născut este mai bine dezvoltată ca creierul, este relativ mai lungă ca la adulți. Odată cu creșterea copilului capătul distal al ei se ridică în sus din cauza vertebrelor, care se dezvoltă mai intens ca măduva spinării. La nou-născut ea ajunge pînă la a III -a vertebră lombară, la 1 an atinge vertebra lombară IV. Aceste date topografice au importanță la efectuarea puncției lombare.

Vascularizarea creierului la copii este mai intensă ca la adulți. Vasele sangvine ale creierului au pereții subțiri, de aceea la nou-născut sunt posibile hemoragiile intracraniene. Deasemenea datorită acestor particularități la nou-născut, în cazul bolilor infecțioase toxinele foarte repede se reabsorb în celulele creierului, provocând intoxicații severe.

Spre deosebire de mușchi și cord creierul nu are o rezervă de glicogen, ceea ce explică sensibilitatea sporită a sistemului nervos față de micșorarea aportului de glucoză și oxigen.

Copilul nou-născut la termen posedă o serie de **reflexe înăscute** sau **necondiționate** (permanente, ereditare) cum sunt: *reflexul pupilar, cornean, respirator, de sugere, glutiție, de mișcare, tuse, strănut, căscat, de micțiune, de defecație, rotulian, ahilic etc.* Cu ajutorul acestora copilul se adaptează la mediul ambiant și pînă la sfîrșitul primului an de viață ele suferă o evoluție rapidă și esențială.

La nou-născut se observă reflexe fiziologice tranzitorii:

- **Reflexul Babinski** – la atingerea plantei piciorului cu un obiect de forma stiloului, degetul mare se retroflexează, iar celelalte se destind sub formă de evantai.
- **Reflexul de îmbrățișare Moro** – mișcarea simetrică de apucare cu mâinile în caz de lovire cu palma a feselor sau zdruncinarea suportului, pe care stă copilul.
- **Reflexul Robinson** – reflexul tonic al brațelor – apucarea și ținerea obiectului cînd acesta se atinge de suprafața internă a palmei.
- **Reflexul de trompă** – întinde buzele înainte la apropierea suzetei,
- **Reflexul de tîrîre (Bauer)** – fiind culcat pe abdomen se respinge reflex de la palma aplicată la plante, dispăre după 4 luni;
- **Reflexul Galant** – îndoirea în formă de arc a corpului la netezirea pielii spatelui între coloana vertebrală și scapula;
- **Reflexul de căutare** – la atingerea unghiului gurii copilul întoarce capul și deschide gura;

Ulterior aceste reflexe dispar, persistența lor după o anumită vîrstă sau reapariția lor confirmă o patologie la copil. Pe baza reflexelor necondiționate la copil se elaborează treptat reflexele condiționate.

Organele de simț

Manifestările de comportament tot mai complexe ale copilului sînt strîns legate de un anumit nivel de dezvoltare a **organelor de simț**: *auzul, văzul, mirosul, pipăitul, gustul.*

Gustul. Receptorii gustului la nou-născut se extind pe o arie mult mai mare ca la adult, ocupînd toată limba, palatul dur, mucoasa bucală, de aceea pragul de gust este mai înalt ca la adult.

Aprecierea gustului: La aplicarea pe limba copilului a soluțiilor acre, sărate, amare, copilul se încrețește, salivează, se agită, plînge.

Mirosul. La nou-născut are o dezvoltare mai imperfectă. Celulele receptorii ale mirosului se află pe mucoasa septului nazal și a canalului nazal superior.

Aprecierea funcției olfactive: La apropierea de nas a unei substanțe cu miros acut (valeriană) copilul strănută, încrețește fața, plînge. Copilul mai mare este întrebat dacă soluția miroase sau nu.

Sensibilitatea tactilă la nou-născut este bine dezvoltată

Aprecierea sensibilității tactile: La atingere nou-născutul reacționează prin apariția reflexelor necondiționate (la atingerea pleoapelor – închide ochii, la gură apar mișcări de supt, etc

Auzul. Copilul aude și reacționează la sunete încă din perioada intrauterină. Îndată după naștere nu înțelege caracterul sunetelor și nu le poate diferenția. Nou-născutul poate identifica vocea mamei.

Aprecierea funcției auditive: La nou-născut poate fi apreciat printr-un bătut în palme (sunetul unui clopoțel) la care copilul clipește, închide ochii. Începînd cu vârsta de 1,5 – 2 luni copilul întoarce capul la sunet.

Văzul. Din cauza lipsei mișcărilor concomitente ale globilor oculari, la nou-născut se observă *strabismul*, mulți din ei au *fotofobie*, uneori se semnalizează *nistagmus* (mișcări involuntare, oscilatorii ale globilor oculari

Aprecierea funcției vizuale: La nou-născut se apreciază prin apropierea de ochi a unei surse de lumină puternică.

O importanță deosebită la dezvoltarea intelectuală a copilului o are **vorbirea**. La 2-3 luni copilul începe să vocalizeze, la 6-7 luni rostește primele monosilabe – ma-ma , ta-ta-ta, ba-ba-ba, iar la 8 – 9 luni copilul rostește primele cuvinte bisilabice — mama, tata, etc. La 1 an copilul cunoaște 8 – 10 cuvinte, la 2 ani – 200 – 300 cuvinte , la 5 ani —1500 cuvinte.

Dezvoltarea psihomotorie a copilului

Dezvoltarea comportamentală a copilului este determinată genetic, dar poate fi modificată sub influența factorilor mediului și ai educației. Dezvoltarea psihomotorie la toate vârstele implică:

- Comportamentul motor;
- Comportamentul cognitiv;
- Comportamentul verbal;
- Comportamentul social-afectiv.

Comportamentul motor cuprinde achizițiile motorii de bază: mișcările active și pasive, tonusul muscular, posturile. La copilul mic dezvoltarea musculară are loc de sus în jos. La început copilul începe să-și controleze mușchii, care susțin capul și gâtul, apoi urmează mușchii toracelui și membrelor superioare care-i permit atingerea obiectelor, întoarcerea pe spate și abdomen, tîrîrea, șederea, ridicarea. Ultimii se dezvoltă mușchii membrelor inferioare, care permit mersul copilului.

Relații sociale

Comportamentul social-afectiv se referă la sentimentele copilului față de propria persoană (conceptul de sine) și relațiile lui cu alte persoane, capacitatea de a înțelege relațiile cu părinții, de a avea emoții.

Relațiile cu părinții

Socializarea copilului este *primară* – de la naștere pînă la 3 ani și *secundară* care se realizează prin contactul cu alte instituții comunitare- grădinița, școala, unde copilul devine membru al grupului, participă la diferite activități, învață să respecte drepturile și sentimentele altor copii.

Emoțiile

Reprezintă sentimentele de răspuns ale copilului la factorii mediului. Emoțiile nou-născutului sunt exprimate prin plîns care reprezintă un semn de alarmă și orientează mama în acțiunile sale. La 6 săptămîni apare prima încercare de a zîmbi, la 2 luni zîmbește mamei, iar la 3-4 luni apare rîsul, gînguritul vesel cu chiote. La 5 luni își recunoaște mama dintre alte persoane. La vîrsta de 2 ani și jumătate se instalează *perioada de opoziție* cînd se descoperă pe sine.

Somnul

Are o importanță deosebită în activitatea fiziologică a copilului, deoarece asigură ritmul normal de activitate a SNC, metabolismul, dezvoltarea fizică, maturizarea. Nou-născutul doarme 20 ore din 24, fără diferențierea stării de veghe de cea de somn. Durata și ritmul somnului variază în dependență de vîrstă, dar fiecare copil își are ritmul său individual de somn și acesta trebuie respectat. În primele luni, sugarii dorm în porții mici, repartizate egal între zi și noapte. Abia în jurul vîrstei de 5-6 luni copilul ajunge să doarmă neînterupt 6-8 ore în timpul nopții. Pînă la vîrsta de 5-6 luni, copilul doarme după fiecare masă, după 7-8 luni somnul de zi este de o durată mai scurtă. Copilul doarme în reprize cîte 2-3 ore, de 2-3 ori pe zi. Între 1 și 2 ani majoritatea copiilor au două perioade de somn în timpul zilei, între orele 10-12 și 15-17, între 2 și 3 ani copilul poate să doarmă o singură dată pe zi, după masa de prînz.

Evaluarea dezvoltării psiho-motorii a copilului sugar

Aprecierea dezvoltării psihomotorii la copilul sugar cuprinde:

- Aprecierea performanțelor motorii și cognitive;
- Aprecierea dezvoltării analizatorilor;
- Aprecierea sensibilității;
- Dezvoltarea limbajului;
- Studierea reflexelor tranzitorii;
- Aprecierea comportamentului socio-afectivă

Dezvoltarea psihomotorie normală Nou-născut

Comportament motor:

- Activitate motorie exagerată;
- Postură simetrică, membre flexate, pumnii strînși;

Comportament cognitiv:

- Îndreaptă privirea către sursa de sunet sau lumină puternică;
- Poate fixa un obiect pe cîteva secunde;

Comportament socio-afectiv:

- Reacționează din prima săptămînă la vocea mamei;
- Se liniștește la intonația blîndă, la luarea în brațe;

Vârsta de 1 lună

Comportament motor:

- Diminuarea hipertonusului flexorilor;
- Din decubit ventral ridică pentru câteva momente capul;

Comportament cognitiv:

- Urmărește pentru puțin timp persoanele și obiectele în mișcare sub unghiul de 90-180°;
- Încearcă să apuce jucăria;

Comportament verbal:

- Emite zgomote guturale când este mulțumit;

Comportament socio-afectiv:

- Încetează plînsul când i se vorbește;

Vârsta de 2 luni

Comportament motor:

- *Extensie mai completă în membrele inferioare;*
- *Ridicat de pe pat își menține capul un timp mai îndelungat;*

Comportament cognitiv:

- Urmărește un obiect pe direcție orizontală;
- Distinge diferite sunete;

Comportament verbal:

- Începe să vocalizeze, când i se vorbește;
- Gîngurește, când este mulțumit sau excitat;

Comportament socio-afectiv:

- *Zîmbește ca răspuns;*
- *Își manifestă nemulțămirea prin plîns;*

Vârsta de 3 luni

Comportament motor:

- *Extensie completă în membrele inferioare;*
- *Ridicat de pe pat își menține singur capul;*
- *Deschide pumnii, ține jucăria pentru un scurt timp;*

Comportament cognitiv:

- Își analizează mâinile;
- Lovește jucăria atârnată în fața lui;
- Distinge 2 culori(roșu și verde) și gustul sărat, acru, dulce;

Comportament verbal:

- Gîngurește, își exprimă bucuria prin sunete stridente, țipete;

Comportament socio-afectiv:

- Zîmbește la vorbele adultului;
- Este atent la voci;
- Plînge la plecarea mamei din cameră;

Vârsta de 4 luni

Comportament motor:

- Ține bine capul în poziție șezândă;
- Se întoarce din decubit dorsal în cel lateral și ventral;

Comportament cognitiv:

- Se întinde spre obiecte cu palmele deschise;
- Se agață de părul și hainele persoanelor care se apropie de el;

Comportament verbal:

- Gîngurește prin sunete diferențiate;
- Vocalizează spontan singur, altora și jucăriilor;

Comportament socio-afectiv:

- Rîde spontan, zîmbește la zîmbetul adultului;
- Poate plînge la întreruperea jocului;

Vârsta de 5 luni

Comportament motor:

- Susținut de subțuori se sprijină pe picioare;
- Se răsuțește de pe o parte pe alta;

Comportament cognitiv:

- Se întinde și apucă jucăria, o trece dintr-o mîină în alta;
- Duce la gură obiectele, examinîndu-le;

Comportament verbal:

- Emite sunete melodioase;

Comportament socio-afectiv:

- Rîde zgomotos;
- Se joacă mai îndelungat cu o persoană;

Vârsta de 6 luni

Comportament motor:

- Se rostogolește, se tîrîie în toate direcțiile;

Comportament cognitiv:

- Examinează îndelung orice lucru;
- Scotoceste prin cutii, se străduie să ridice de jos jucăria;

Comportament verbal:

- Pronunță unele silabe : ma, ta , ba,

Comportament socio-afectiv:

- Este încîntat de propria persoană;
- Își recunoaște numele cînd este strigat;

Vârsta de 7 luni

Comportament motor:

- Se ridică din decubit dorsal în poziție șezîndă;
- Stă în șezut fără sprijin;

Comportament cognitiv:

- Ridică de toartă o cană răsturnată;
- Zguduie patul, masa, bate *tăpușele*;

Comportament verbal:

- Pronunță mai bine și mai des silabele;

Comportament socio-afectiv:

- Încearcă să răspundă la unele întrebări prin fapte, mișcări;
- Îmbrățișează și sărută membrii familiei;

Vârsta de 8 luni

Comportament motor:

- Se ridică în picioare fiind rezemat;
- Poate face pași, fiind sprijinit;

Comportament cognitiv:

- Aruncă obiectele pe podea și cere să fie reîntoarse;
- La întrebarea *unde?* caută obiectul;

Comportament verbal:

- Pronunță cuvinte bisilabice *ma-ma, ta-ta* etc;

Comportament socio-afectiv:

- Țipă pentru a atrage atenția, imită mișcările adultului;
- Sărută imaginea din oglindă;

Vârsta de 9-10 luni

Comportament motor:

- Poate merge sprijinit de o mână;
- Coboară singur din pat;

Comportament cognitiv:

- Arată părțile corpului;
- Cunoaște sensul cuvintelor;

Comportament verbal:

- Pronunță bine mama, tata și încă 2-3 cuvinte cu sau fără sens;
- Spune *nu, pa*;

Comportament socio-afectiv:

- Imită acțiuni simple: hrănirea altora, îmbrăcatul căciulei;
- Flutură mâna în sens de rămas bun;

Vârsta de 11-12 luni

Comportament motor:

- Încearcă să meargă singur, unii deja merg;

Comportament cognitiv:

- Poate arunca mingea după cum i se arată;
- Imită animalele *ham-ham*, ceasul-*tic-tac* etc;
- Cooperează la îmbrăcare;
- Se antrenează în alimentația cu lingura;

Comportament verbal:

- Pronunță 5-8 cuvinte cu sens;

Comportament socio-afectiv:

- Realizează indicații *Închide ușa, ridică jucăria* ;
- Se joacă cu cei din jur;

Vârsta de 24 luni (2 ani)

Comportament motor:

- Aleargă bine, lovește mingea cu piciorul;
- Ocolește obstacolele în timpul mersului;

Comportament cognitiv:

- Se spală pe mâini;
- Desenează, ținând creionul cu degetele, răsfoiește paginile;
- *Comportament verbal:*
- Cunoaște pînă la 300 cuvinte, folosește pronumele personal;
- Reproduce povești simple;

Comportament socio-afectiv:

- Ascultă povești;
- Ajută părinții în anumite acțiuni, imită frații și surorile;

Vârsta de 36 luni (3 ani)

Comportament motor:

- Merge pe tricicletă;
- Stă într-un picior;

Comportament cognitiv:

- Construiește turnuri din 9-10 cuburi;
- Recunoaște 4 culori de bază: roșu, albastru, galben, verde;

Comportament verbal:

- Cunoaște pînă la 1000 cuvinte;
- Poate număra pînă la 10;

Comportament socio-afectiv:

- Își prezintă numele și precizează sexul;
- Poate mânca cu lingura și furculița;

Vârsta de 4-5 ani

Comportament motor:

- Poate sări coarda;
- Merge pe vârful degetelor;

Comportament cognitiv:

- Desenează persoane din 3-6 părți;
- Inventează singur povești;

Comportament verbal:

- Cunoaște pînă la 1500 cuvinte;
- Povestește, recită cîntă;

Comportament socio-afectiv:

- Își spune vârsta și adresa;
- Însușește elemente de comportament în societate;

PARTICULARITĂȚILE ANATOMO-FIZIOLOGICE ALE TEGUMENTELOR ȘI MUCOASELOR

Pielea este un țesut al organismului, care contactează în permanență cu mediul extern. Ea prima primește lovitura la acțiunea factorilor fizici, substanțelor chimice, factorilor infecțioși. Pielea participă la toate tipurile de metabolism din organism și este într-o strînsă integrare fiziologică cu diferite organe și sisteme. De aceea pielea este privită și ca un *ecran* ce demonstrează diverse patologii, apărute în organism (alergice, renale, hepatice).

Pielea își începe dezvoltarea în săptămâna a 5- 6-a a fazei embrionare din foița externă a embrionului și constă din *epiderm* și *derm*. La copiii mici pielea se caracterizează printr-o serie de particularități.

Epidermul este format din două straturi:

- *extern* foarte fin, subțire, constituit din 2-3 straturi de celule descuamate, slab legate între ele care permanent detașează;
- *stratul bazal*, bine dezvoltat, care activ regenerează.

Dermul (însăși pielea) constă din stratul papilar și cel reticular, în care țesutul conjunctiv și fibrele musculare sunt slab dezvoltate. Dermul la copii spre deosebire de adulți conține o cantitate mai mare de lichid inter- și intracelular (peste 70% de apă), ceea ce-i conferă pielii o elasticitate și turgor înalt.

La sugarii de vîrstă fragedă membrana bazală dintre epiderm și derm este fină, poroasă, cu conținutul mic de țesut conjunctiv și elastic.

La nou-născut pielea este subțire, netedă, fină, moale, catifelată, bogată în apă, bine vascularizată, de culoare roză cu nuanță albăstrie. La naștere pielea este acoperită de un strat de grăsime denumit *vernix caseoza*, care dispare progresiv în prima săptămîna a vieții. În primele zile după naștere se observă descuamarea pielii, care se prelungește pînă la săptămîna a treia.

Pielea nou-născutului și a sugarului e bogată în vase sangvine cu o rețea deasă de capilare largi, ce conferă tegumentelor la început o culoare roșie-aprinsă, apoi fin-roză.

Glandele sebacee sînt bine dezvoltate și funcționează intens chiar intrauterin, formînd vernix caseoza, ce acoperă corpul copilului la naștere.

Glandele sudoripare sînt formate, dar eliminarea sudorii la copilul sănătos se începe mai abundent la 3-4 luni, fiind legată de imperfecțiunea centrului de termoreglare. Deaceea glandele sudoripare au un rol foarte limitat la termoreglarea organismului.

Firele de păr pe capul nou-născutului sunt subțiri, fine, lipsite de canalul medular. În primul an de viață el se schimbă de cîteva ori. Umerii și spatele nou-născutului sunt acoperite cu perișori fini (*lanugo*) care e mai abundent la prematur.

Funcțiile pielii

1. *Funcția de protecție*
2. *Funcția de termoreglare*
3. *Funcția bactericidă*
4. *Funcția de secreție*

5. *Funcția de excreție*
6. *Funcția de metabolism*
7. *Funcția de organ senzorial*
8. *Funcția de resorbție*
9. *Funcția de formare a pigmentului*
10. *Funcția de formare a provitaminei D*
11. *Funcția de respirație*

Funcțiile pielii sînt foarte diverse, principala fiind cea de *apărare* de acțiunile mecanice și chimice, deși anume această funcție a pielii copilului primilor ani de viață e nesatisfăcătoare, din cauza epidermei foarte subțiri și a vascularizării bogate. Aceste particularități ale pielii, însă, asigură bine funcția ei *respiratorie*, atît de necesară în stările de hipoxie.

Participarea activă a pielii în formarea *pigmentului și a provitaminei D* sub acțiunea razelor ultraviolete determină încă 2 funcții importante ale ei. În afară de aceasta pielea este unul din cele 5 organe de simț, ce asigură *simțul tactil*. Datorită numeroșilor receptori situați în piele, care recepționează mediul înconjurător, copilul se adaptează la viața extrauterină.

Pielea opune rezistență presiunii externe, loviturilor. Ea apără, într-o oarecare măsură, de insolație excesivă, reținînd raze infraroșii și parțial ultraviolete.

Grosimea pielii variază după regiuni, vîrstă, sex și este mai mică pe față și mai mare la spate, palme și tălpi.

Elasticitatea bună a pielii la copii se datorează fibrelor elastice mult mai numeroase ca la adulți.

Unghiile la nou-născutul la termen sunt bine dezvoltate, cornoase, acoperă și protejează vîrfurile degetelor. La prematuri unghiile sunt slab dezvoltate și nu acoperă cupa degetelor.

Țesutul adipos subcutanat

La copiii de vîrstă timpurie el constituie în mediu 12% din masa corporală, la adulții normoponderali—nu mai mult de 8%. Compoziția țesutului adipos subcutanat la sugari este apropiată de cea a lipidelor laptelui matern, în el se conține o cantitate mare de acizi solizi (palmitinic și stearinic) și mai mică de acid oleinic lichid. Pentru copii e caracteristică o anumită repartizare a stratului subcutanat adipos precum și o regularitate a dispariției lui la slăbire. Mai multă grăsime se depune pe față, pe fese, coapse, pe abdomen. Dispare stratul adipos subcutanat la început de pe abdomen și piept, apoi de pe membre și în ultimul rînd de pe față.

Dezvoltarea țesutului adipos are loc mai intens pînă la vîrsta de 3 ani iar de la 3-8 ani se observă o stagnare în depunerea grăsimii.

Luînd în considerație particularitățile anatomo-fiziologice ale pielii copiilor de vîrstă fragedă în cadrul îngrijirii sunt necesare:

- Respectarea cerințelor igienice;
- Utilizarea hăinuțelor din fibre naturale și menținerea lor în curățenie;
- Respectarea regimului termic optimal în încăperi;
- Practicarea contactului piele-la-piele dintre copil și cei apropiați, care stimulează secreția endorfinelor la copil, creșterea și dezvoltarea lui.

PARTICULARITĂȚILE ANATOMO-FIZIOLOGICE ALE SISTEMULUI OSOS ȘI MUSCULAR

Mișcarea organismului se realizează cu ajutorul a două sisteme: *sistemul osos și sistemul muscular*, formînd aparatul locomotor.

Osteogeneza se realizează sub influența sistemului nervos, care coordonează activitatea mai multor factori: mecanici, endocrini (hormoni hipofizari, tiroidieni, sexuali), vitamina A, D, C, enzime etc. Țesutul osos la sugaar este alcătuit preponderent din țesut cartilaginos care constituie 45%, la adulți doar 2%. La sugari țesutul osos are o structură fibroasă, e sărac în săruri minerale și bogat în apă, conține mai multe substanțe organice ca la adult, este abundent vascularizat.

În dependență de structură, formă și funcție oasele se împart în 4 grupe:

1. Oase tubulare lungi.
2. Oase tubulare scurte.
3. Oase spongioase.
4. Oase plate.
5. Oase cu structură mixtă.

Particularitățile scheletului la copii

Capul nou-născutului este mare, alcătuiind $\frac{1}{4}$ din lungimea corpului. Partea facială a craniului e mult mai mică decît cea a creierului în raport de 1:8, la adult – 1:2. Îndată după naștere oasele craniului sunt moi, flexibile, suturile dintre ele sunt largi și concresec abea la vârsta de școlar.

Craniul sugarului are 4 fontanele:

1. Fontanela mare (anterioară)
 2. Fontanela mică (occipitală)
 3. Două fontanele laterale.
- *Fontanela mare* este deschisă la toți nou-născuții și are formă romboidală (fig.3 a), cu dimensiuni între laturi 2,0-2,0 cm sau 3,0-3,0 cm, se închide la 12-16 luni.
 - *Fontanela mică* e deschisă la 25% din nou-născuții la termen (fig.3 b)și se închide la vârsta copilului de 2-3 luni.
 - *Fontanelele laterale* sunt deschise doar la copiii prematuri.

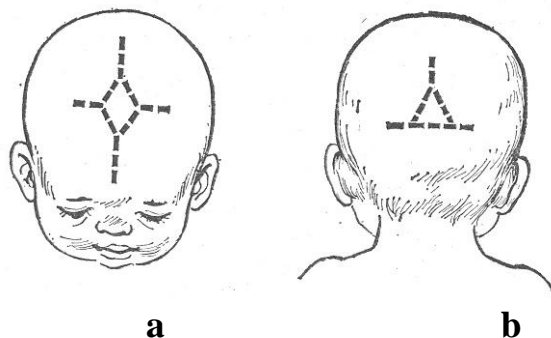


Figura 3. a- fontanela mare, b- fontanela mică.

Coloana vertebrală. Copilul se naște cu coloana vertebrală dreaptă (fără curburi). Odată cu creșterea și dezvoltarea copilului se formează curburile fiziologice (fig. 4):

- *lordoza cervicală* – la 1,5- 2 luni, cînd copilul începe să țină capul;
- *cifoza toracală* – la 6 luni, copilul deja stă în șezut;
- *lordoza lombară* – după 1an, copilul începe să meargă;

Creșterea coloanei vertebrale în lungime se produce neuniform și diferit la fete și băieți. La copiii de vîrstă fragedă coloana vertebrală ușor se deformează datorită musculaturii slabe, poziției incorecte a corpului pe parcursul zilei, utilizării mobilei necorespunzătoare vîrstei. Deformațiile coloanei vertebrale posibile la copii sunt *scoliozele și cifozele patologice*.

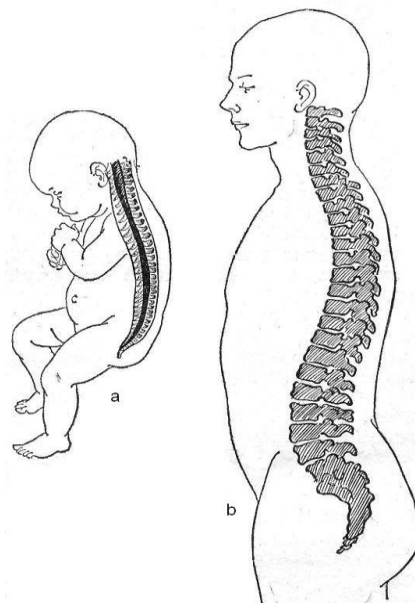


Fig.4.a - coloana vertebrală la nou-născut, b -coloana vertebrală după vîrsta de 1 an.

Cutia toracică a nou-născutului și sugarului pînă la 5 luni are formă cilindrică sau conică, coastele sînt așezate aproape orizontal.

Creșterea în lungime se face prin inelele de creștere formate din țesutul cartilagos, situate între diafiză și cele două epifize, iar grosimea prin periost, ale cărui celule produc substanță osoasă.

Dinții sunt formațiuni osoase dure, implantate în alveolele dentare. Nou-născutul se naște fără dinți, doar cu prezența nucleelor dentare. fig.5).

Primii dinți de lapte erup în următoarea consecutivitate:

- 6-7 luni- *incisivii centrali inferiori;*
- 7-8 luni - *incisivii centrali superiori;*
- 8-9 luni - *incisivii laterali superiori;*
- 10-12 luni - *incisivii laterali inferiori;*
- 14-16 luni - *primii molari;*
- 18-20 luni – *caninii;*
- 20 -24 luni – *următorii molari.*

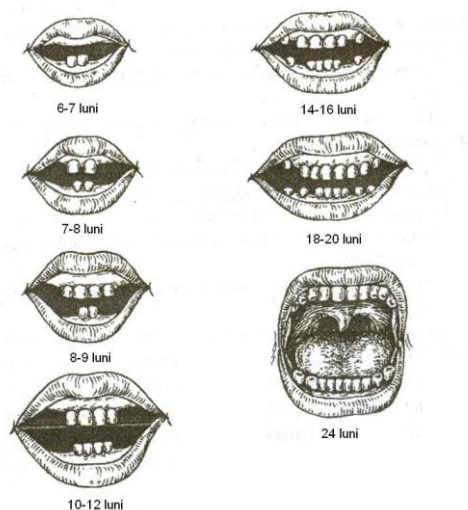


Figura 5. Erupția dinților

Prin urmare la 1 an copilul are 8 dinți, la 2 ani -20 de dinți. La 5-6 ani începe înlocuirea dinților de lapte cu dinții permanenți în ordinea apariției inițiale și la vârsta de 12-13 ani copilul are toți dinții permanenți. La sfârșitul perioadei pubertare pot apărea dinții de minte.

Dinții necesită o îngrijire minuțioasă. De la vârsta de 3 ani copilul este învățat să se spele pe dinți de 2 ori pe zi.

Funcțiile principale ale sistemului osos:

- De apărare (protejează organele interne de acțiunea factorilor externi);
- De fixare (asigură poziționarea corpului în diferite poziții necesare);
- De locomoție (asigură mișcarea organismului).

Particularitățile anatomo-fiziologice ale sistemului muscular

La nou-născuți mușchii constituie 23-24% din masa corporală, la 8 ani-27%, după 15 ani-34- 44%. Sistemul muscular la nou-născuți este slab dezvoltat, fibrele musculare sunt subțiri și scurte. Sistemul muscular se dezvoltă consecutiv, mai întâi mușchii gâtului, ai toracelui, apoi cei ai membrelor superioare și inferioare. Iată de ce copiii mici nu au dezvoltate abilitățile fine din partea membrelor superioare.

Tonusul și forța musculară sunt slabe. În primele luni de viață este caracteristică hipertonia fiziologică a mușchilor flexori, de aceea copiii au membrele inferioare și superioare flectate spre corp, chiar și în timpul somnului.

Abilitățile statice și motorii se formează în următoarea consecutivitate:

- 1-2 luni — din decubit ventral copilul ridică pentru câteva momente capul;
- 2-3 luni — ține capul bine;
- 3 luni — se întoarce pe o parte, prinde cu mâna un obiect pe scurt timp;
- 4 luni — se întoarce pe abdomen;
- 5 luni — se rostogolește, aduce cu mâinile labele picioarelor la gură;
- 6 luni — stă în șezut fiind susținut, se târăște în toate direcțiile;
- 7 luni — stă bine în șezut, se târăște în 4 labe;
- 8 luni — se ridică în picioare fiind rezemat;
- 9 luni — stă în picioare câteva secunde fără suport, fiind susținut face câțiva pași.
- 10 luni — pășește spriginit de o mână;
- 11 luni — merge lateral, ținându-se de mobilă;
- 12 luni — merge de sine stătător.

Sistemul muscular se apreciază după 3 criterii:

- *Activitatea motorie.* Se urmărește copilul în timpul jocurilor, mersului, exercițiilor fizice;
- *Tonusul muscular.* Se apreciază în timpul mișcărilor pasive sau palpând mușchii.
- *Forța musculară.* Se apreciază cu dinamometrul sau apreciind mișcările active din partea copilului (posibilitatea de a ridica o greutate, forța de strângere a mâinii unei persoane, rezistența, pe care copilul o poate manifesta medicului la flectarea și deflectarea membrelor).

PARTICULARITĂȚILE ANATOMO-FIZIOLOGICE ALE SISTEMULUI RESPIRATOR

Principală funcție vitală a organelor respiratorii este asigurarea țesuturilor cu oxigen și evacuarea bioxidului de carbon.

Organele respiratorii își încep dezvoltarea din săptămâna a 4-a a dezvoltării embrionare. Creșterea intensă și diferențierea organelor respiratorii continuă în decursul primilor ani de viață. Formarea organelor respiratorii se termină în mediu la vârsta de 7 ani, iar ulterior se măresc doar în volum.

La momentul nașterii structura lor morfologică e încă imperfectă, iar de aceasta sînt legate și particularitățile funcționale ale respirației. Toate căile respiratorii la copii au dimensiuni mult mai mici și lumen mai îngust ca la matur.

Nasul. La copiii de vîrstă timpurie narinele și aparatul nazofaringian sînt de dimensiuni mici, scurte, înguste, din cauza dezvoltării insuficiente a scheletului facial. Meatul nazal inferior lipsește, mucoasa e fină. Cornetele nazale sunt groase, țesutul cavernos al submucoasei este slab dezvoltat, deaceia hemoragiile nazale sunt rare sau lipsesc. Acest țesut se diferențiază abea la 8—10ani.

Cavitățile anexe ale nasului.

Sinusul etmoidal și maxilar sînt slab dezvoltate, iar sinusul frontal și sfenoidal lipsesc. Structura lor se diferențiază abea la vârsta de 12-15 ani.

Canalul nazo — lacrimal. . Este larg și scurt ceea ce înlesnește răspîndirea infecției din nas spre sacul conjunctival și dezvoltarea procesului inflamator.

Faringele. La copiii de vîrstă timpurie este îngust, amigdalele palatine sunt slab dezvoltate, de aceea pînă la vârsta de un an practic nu se observă angine. La sfîrșitul primului an de viață țesutul limfoid al amigdalelor deseori se hiperplaziază și funcția lor de barieră la această vîrstă e joasă, fiind identică cu cea a ganglionilor limfatici.

Canalele otofaringiene (trompele Eustache) sunt largi și scurte, ocupă o poziție orizontală, ceea ce cfavorizează trecerea ușoară a infecției din faringe în ureche și dezvoltarea otitelor.

Laringele la copii este situat mai sus decît la maturi (la nivelul vertebrei cervicale III), are formă de pîlnie cu îngustarea clară în regiunea spațiului subligamentar. Diametrul laringelui în acest loc la nou-născut e doar de 4 mm și se mărește lent (6-7mm la 5-7 ani, 1 cm la 14 ani), cartilajele sunt moi, flexibile. Cu vârsta forma de pîlnie a laringelui începe să devină cilindrică.

Epiglota e strîns legată de rădăcina limbii. La nou-născut ea este relativ scurtă și largă. Poziția ei incorectă și cartilajele moi pot fi cauza îngustării intrării în laringe și apariția unei *respirații zgomotoase stenotice*(*stridorului*).

Coardele vocale la copii sînt mai scurte decît la maturi, prin ce se explică înălțimea și tembrul vocii copilului.

Traheea reprezintă continuarea directă a laringelui, fiind alcătuită din 14-20 semiinele cartilajinoase, unite prin intermediul ligamentelor, care se pot contracta sau lărgi, astfel schimbîndu-i lumenul. Traheea copilului are formă de pîlnie, este îngustă și foarte mobilă, ea începe la nivelul vertebrei cervicale IV și se termină la nivelul

vertebrelor toracice II-III, unde se ramifică în două bronhii principale. Traheea măsoară în lungime 8-12 cm, avînd un diametru de 1,5-1,8 cm.

Arborele bronhial la momentul nașterii este format. Odată cu creșterea copilului numărul ramurilor și repartizarea lor în țesutul pulmonar se schimbă. Cartilajele bronhiilor sînt foarte elastice, moi, ușor se deformează.

Bronhia dreaptă ocupă o poziție aproape verticală, fiind ca o prelungire a traheii, este mai largă ca bronhia stîngă. De aceea anume în ea mai frecvent se găsesc corpi străini aspirați. Bronhia stîngă este situată sub un unghi față de trahee, are lumenul mai îngust.

La copilul mic reflexul de tuse este slab dezvoltat, de aceea mucozitățile infectate deseori se acumulează în lumenul arborelui bronhial, obturînd bronhiile mici și generînd astfel atelectazii și infectarea țesutului pulmonar. Astfel funcția de drenaj a bronhiilor devine nesatisfăcătoare.

Plămîni la nou-născut cântăresc 50 gr, la adult de 20 ori mai mult, sunt alcătuiți din țesut conjunctiv, bine vascularizați, bogăți în vase limfatice și săraci în țesut elastic.

La făt plămîni sunt colabati, plini cu un lichid transparent. Îndată după naștere la nou-născut se intrerupe circulația placentară, astfel crește concentrația bioxidului de carbon în organism, ce contribuie la excitarea receptorilor cutanați, ai aortei, diafragmei și a centrului respirator. În așa mod apare respirația copilului. Lichidul din plămîni se reabsoarbe rapid datorită *surfactantului*, secretat de glandele mucoasei respiratorii.

La copii ca și la adulți plămîni au o structură segmentară. Unitatea structurală a plămînelor este acinusul, care la nou-născut nu reprezintă un *strugure* de alveole, ca la matur, ci un săculeț (sacculus). Numărul alveolelor la nou-născut e de 10 ori mai mic decît la maturi. Din marginile *dantelate* ale săculețului alveolar treptat se formează alveole noi, diametrul cărora se mărește cu vîrsta și paralel crește volumul vital al plămînilor.

Pleura și cavitatea pleurată. La copiii nou-născuți pleura viscerală este relativ groasă, poroasă, așezată în cute, conține vilozități și excrescențe, mai ales în sinusuri și în fisurile dintre lobi.

Anume în aceste regiuni sînt create condiții pentru pătrunderea mai ușoară a microbilor și dezvoltarea focarelor de infecție. Cavitatea pleurală la copil este ușor extensibilă.

Rădăcina plămînelor constă din bronhii de calibru mare, vase sangvine și ganglioni limfatici (traheobronhiali, ai bifurcației, bronhopulmonari, bronhiali etc). Rădăcina plămînelor este o parte componentă a mediastinului, care se caracterizează, la rîndul său, printr-o mobilitate mare și deseori este locul de dezvoltare a focarelor inflamatorii și răspîndirea lor spre bronhii și plămîni. În mediastin se află timusul, care prin dimensiunile sale mari la copiii de vîrstă timpurie apasă traheia și vasele sangvine mari, astfel deregînd respirația și circulația sangvină.

Diafragma

În legătură cu particularitățile cutiei toracice diafragma la copilul mic joacă un rol deosebit în mecanismul respirației, asigurînd profunzimea inspirației. Conracțiunile ei slabe se explică parțial prin respirația deosebit de superficială a nou-născutului.

Particularitățile fiziologice-funcționale de bază ale organelor respiratorii la copii sunt:

- *Caracterul superficial al respirației.* La nou-născut și sugari amplituda respirației este mică.
- *Frecvența respirației la copii este mai mare ca la adult,* fiind cauzată de capacitatea vitală mică a plămânilor.
- *Tahipneea și aritmia respirației.* Instabilitatea ritmului și opririle scurte (pe 3-5 secunde) ale respirației (apnoe) la nou-născut și în deosebi la prematuri sînt legate de imaturitatea centrului respirator.
- *Tipul respirației variază în dependență de vîrstă și sex:*
La nou-născut și sugar predomină respirația abdominală. La băieți ea continuă și la vîrsta de adult, iar la fete după vîrsta de 5-7 ani predomină respirația toracică ;
- *Schimbul de gaze la copii se realizează mai energic, decît la maturi,* datorită vascularizării bogate a plămînilor, vitezei circulației sangvine, unei înalte capacități de difuzie. În același timp funcția respirației externe la copilul mic se dereglează foarte repede. Respirația în țesuturi se realizează la copil cu cheltuieli mult mai mari de energie, decît la maturi, și ușor se poate deregla odată cu formarea acidozei metabolice din cauza instabilității sistemelor fermentative, caracteristice vîrstei timpurii.

Frecvența respirației pe minut în normă

(se apreciază cu ajutorul cronometrului, Fig.7)

- la nou-născut 40-59
- la 2 – 1 an 40-49
- la 5-6 ani 30-39
- la 10 ani 28-20
- la matur 15 -16



Figura 7. Determinarea frecvenței respirației la copilul mic.

PARTICULARITĂȚILE ANATOMO-FIZIOLOGICE ALE SISTEMULUI CARDIOVASCULAR

Principalele funcții ale organelor circulatorii sunt:

- *Menținerea unui mediu constant al organismului;*
- *Transportarea de O₂ și a substanțelor nutritive spre toate organele și țesuturile;*
- *Eliminarea CO₂ și a altor deșeuri din organism.*

Aceste funcții se realizează într-o corelație strânsă cu organele respiratorii, tractul gastrointestinal și renale, fiind cordonate de sistemul nervos, vegetativ și endocrin.

Conceperea cordului și a vaselor sangvine mari are loc în săptămîna a 3-a a fazei embrionare. Prima contracție cardiacă apare în a 4-a săptămîna, cînd inima este formată din 2 camere, la 5 săptămîni are 3 camere și la 6-7 săptămîni inima are deja 4 camere. Auscultația zgomotelor inimii prin peretele abdomenului la mamă e posibilă din luna a 4 de graviditate.

Circulația sangvină intrauterină are unele particularități, ce permit creerului și ficatului să primească sînge mai bogat în O₂ decît membrele inferioare.

Îndată după naștere are loc restructurarea sistemului cardiovascular la copil:

- *Încetează circulația sangvină placentară;*
- *Vasele ombilicului își pierd funcția, obliterează și se transformă corespunzător în ligamentul hepatic și hepato-ombilical (săptămîna a 2-a de viață);*
- *Se închide ductul arterial (pînă la 6-8 săptămîna de viață);*
- *Începe să funcționeze circuitul mare și mic;*

Inima și vasele sangvine la copii se deosebesc de adult după structura morfologică.

Cordul nou-născutului e relativ mare și alcătuește aproximativ 0,8 % din masa corpului (la adult – 0,4%), cîntărește 20 grame (la adult-250-300 grame), la 3 ani și în perioadele ulterioare- aproximativ 0,5%). În toate perioadele copilăriei creșterea inimii este mai lentă decît a organismului în întregime. La fel se poate spune și despre compartimentele inimii: pînă la 2 ani mai intens cresc atriile, de la 2 la 6 ani-atît atriile, cît și ventriculele și după 10 ani preponderent ventriculele.

Poziția inimii se schimbă cu vîrsta: pînă la 2-3 ani ea este culcată orizontal pe diafragmă. La 3-4 ani odată cu creșterea cutiei toracice și deplasarea în jos a diafragmei inima ocupă o poziție oblică cu ventriculul sîng poziționat înainte.

Pereții inimii sunt slab dezvoltăți. *Miocardul* este subțire, țesutul conjunctiv și elastic aproape că lipsesc. Fibrele musculare sunt foarte subțiri, nu posedă hașurare transversală, conțin o cantitate mare de nucleu nediferențiate, de aceea contracțiile inimii sunt slabe, tensiunea arterială este joasă. În primii 2 ani de viață are loc o creșterea intensă a miocardului: se diferențiază nucleele musculare, se mărește numărul fibrelor musculare, crește forța miocardului. Spre vîrsta de 10 ani inima își termină dezvoltarea.

Pînă la vîrsta de 3-4 ani funcția inimii este coordonată de sistemul nervos simpatic, ceea ce explică tahicardiile fiziologice la această vîrstă. După 4 ani se

termină mielinizarea nervului vag, care-și reea funcția de coordonator al activității inimii.

Formarea sclerozei la vârsta timpurie e o raritate, infarctul miocardului-e o cazuistică.

Funcția cordului la noi-născuți se dereglează ușor în caz de patologii diverse. Frecvența contracțiilor cardiace depinde atât de factorii externi, cât și de cei interni. În timpul somnului contracțiile cardiace devin mai rare, în timpul activității fizice mai frecvente.

Pulsul (Fig.8) nou-născuților este aritmic, mai frecvent decât la adulți. Odată cu creșterea copilului frecvența pulsului se micșorează datorită activității economice al cordului.

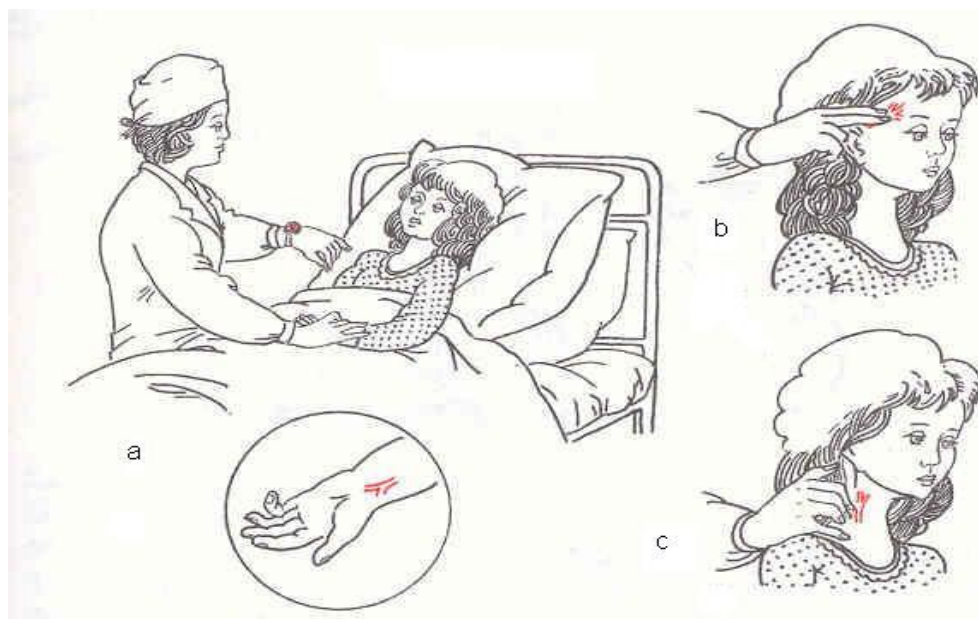


Figura 8. Determinarea Ps la copii: a- artera radială, b- temporală, c- jugular.

Frecvența pulsului în corespundere cu vârsta

<i>Vârsta copilului</i>	<i>Frecvența Ps/minut</i>
Nou-născut	140-160
1 an	120
5 ani	100
10 ani	80-85
15 ani	70-80

Vasele sangvine. Prin ele curge și se repartizează sângele tuturor organelor și țesuturilor. La nou-născuți pereții vaselor sangvine sunt subțiri cu stratul elastic și muscular slab dezvoltat. Lumenul arterelor este egal cu cel al venelor. Odată cu creșterea copilului venele cresc mai intens și la 16 ani ele întrec în diametru arterele de 2 ori. Viteza circulației sangvine la copiii sănătoși în primii ani de viață e mai mică decât la adulți. Spre vârsta de 12 ani structura vaselor sanguine e ca și la adulți.

Capilarele la nou-născut de asemenea au pereții subțiri, săraci în țesut elastic și muscular. Permeabilitatea pereților capilarelor este mărită, de aceea toxinele ușor se absorb în țesuturi și produc intoxicația organismului. Aceste particularități a

capilarelor se evidențiază la prematuri ceea ce explică apariția frecventă la ei a hemoragiilor în diferite organe cu preponderență în creier.

Tensiunea arterială (Fig.9) la copii depinde de vârsta copilului, sex, funcția cordului și rezistența vaselor sangvine. Pentru fiecare categorie de vârstă TA are anumite valori. *La nou-născut este mică, tensiunea sistolică este 65-86 mm coloanei mercur.* Tensiunea diastolică constituie 1/2 sau 2/3 din cea sistolică.

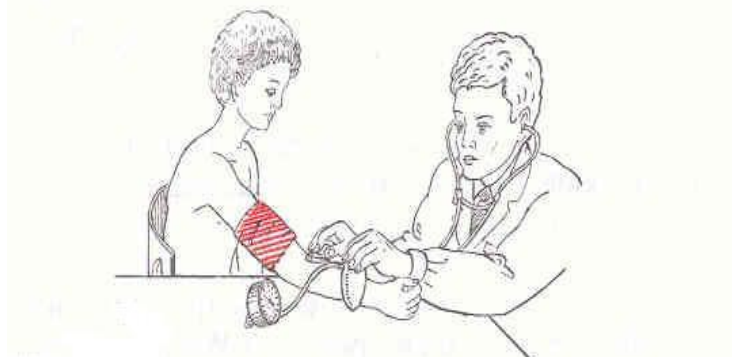


Figura 9. Determinarea tensiunii arteriale.

Tensiunea arterială maximă până la 1 an poate fi calculată prin metoda:

$$TA \text{ max} = 70 + 2n \quad n - \text{vârsta copilului în luni}$$

După vârsta de un an tensiunea arterială poate fi calculată prin metoda :

$$TA \text{ max} = 90 + n \quad n - \text{vârsta copilului în ani}$$

Indicii TA la copii de diferite vârste

Vârsta copilului	TA sistolică mm. col. mercur	TA diastolică mm. col. mercur
Nou-născut	60	La toate vârstele constituie 1/2 sau 2/3 din cea maximă
1 an	80-85	
5 ani	100	
10 ani	110	
15 ani	120	

Cercetările efectuate au demonstrat că TA depinde de particularitățile individuale ale copilului :

- TA crește odată cu vârsta ;
- TA scade în timpul somnului ;
- TA crește în timpul efortului fizic, a plînsului.

Particularitățile funcționale ale organelor circulatorii la copii sînt:

- *Nivelul înalt al rezistenței și capacității de muncă a cordului copilului*, se datorează vascularizării mai bune a organismului, lipsei infecțiilor cronice;
- *Tahicardia fiziologică*, condiționată de volumul mic al inimii în condiții de necesități înalte a organismului în oxigen și pe de altă parte de starea de simpaticotonie;

- **Tensiunea arterială joasă** din cauza volumului mic de sânge ce se propulsează cu fiecare contracție cardiacă, de asemenea din cauza rezistenței mici a vaselor periferice ca rezultat al diametrului lor relativ mare;
- **Posibilitatea de dezvoltare a dereglărilor funcționale ale activității cordului** -așa numita „*inimă a adolescentului*” în legătură cu creșterea neuniformă a cordului, vaselor sangvine, particularitățile inervației și a reglării neuroendocrine, în special în perioada de adolescență.

PARTICULARITĂȚILE ANATOMO-FIZIOLOGICE ALE SISTEMULUI HEMATOPOIETIC

Sistemul hematopoietic constă din partea centrală (organele hematopoietice) și partea periferică (sângele). *Sângele împreună cu limfa este partea lichidă a organismului, care contactează cu toate organele și țesuturile din organism, asigurându-le cu oxigen și alte substanțe nutritive și eliberându-le de deșeuri metabolice.*

Volumul total de sânge în diferite perioade ale vârstei :

- *Nou-născuți – constituie 14% din greutatea corpului (140 ml/kg) ;*
- *1- 3 ani – constituie 8% din greutate (80ml/kg) ;*
- *5-12 ani – constituie 7-9% din greutate (70ml/kg) ;*

Sângele constă din partea lichidă (*plasma*) și *elementele figurate* : eritrocitele, leucocitele, trombocitele, reticulocitele etc. Fiecare din aceste elemente celulare posedă funcții speciale, schimbânduși structura în acest sens. În componența plasmei intră: apă, proteine, lipide, glucide, micro- și macroelemente, fermenți, hormoni, vitamine, etc.

Funcțiile principale ale sângelui:

- Asigură organismul cu oxigen și alte produse nutritive;
- Asigură menținerea homeostazei;
- Asigură imunitatea pasivă și activă a organismului prin fagocitoză și alte reacții imune;

Hematopoieza intrauterină

Hematopoieza prezintă un proces de formare și maturare a celulelor sangvine în organele hematopoietice.

Eritropoieza este procesul de formare a globulelor roșii.

Hematopoieza la embrionul uman începe foarte timpuriu din a 3-a săptămână de dezvoltare. Primele celule sangvine sunt *megaloblastele*, ce conțin Hb embrionară, sintetizate de insulitele sangvine ale sacului vitelin.

De la a 5-6-a săptămână de dezvoltare hematopoieza se produce în *ficat* și continuă până la a 5-7-a lună de dezvoltare intrauterină. Din a 8-a săptămână de dezvoltare hematopoieza începe în *splină, timus, foliculii solitari, măduva roșie a oaselor, ganglionii limfatici*. Hematopoieza viscerală începe să regreseze în lunile a 6-

7. Din a 10-a săptămână de viață intrauterină hematopoieza începe în măduva osoasă și rămâne sediul de bază al producerii elementelor figurate începând cu luna a 6-a a dezvoltării intrauterine, din moment ce ficatul își pierde această funcție.

În prima perioadă a dezvoltării intrauterine în sângele periferic predomină elementele tinere ale sângelui: *eritroblaste*, *mieloblaste*, *promielocite*, *normoblaste* etc. În a 2-a jumătate a dezvoltării intrauterine predomină elementele sangvine mature.

Hematopoieza postnatală (extrauterină)

Organele hematopoietice postnatale sunt:

- Măduva osoasă;
- Timusul;
- Splina;
- Ganglionii limfatici;
- Aglomerările limfoide intestinale.

Măduva osoasă este principalul rezervor de formare a elementelor figurate sangvine: hematii, trombocite și 70% de leucocite, restul 30% se formează în țesutul limfoid și sistemul reticulo-endotelial. După vârsta de 6 luni măduva roșie începe să se transforme în măduvă galbenă și după 12 ani hematopoieza are loc doar în oasele plate, unde s-a păstrat măduva roșie: coaste, stern, vertebre, pelvisul, epifizele proximale ale oaselor tubulare). *Limfopoieza* are loc în sistemul limfatic: — ganglionii limfatici, splină, foliculii solitari, nodulii Peyer. *Monocitele* se produc în aparatul reticuloendotelial (endoteliul vaselor sangvine, vasele limfatice, splină, suprarenale etc.).

Compoziția sîngelui periferic

Compoziția sîngelui în diferite perioade ale copilăriei diferă atât cantitativ cât și calitativ. La nou-născuți este mărită cantitatea de hemoglobină și eritrocite, fiind generate de hipoxia fiziologică intrauterină (Hb atinge 180-240g/l, Eritrocitele- 6×10^{12}). Ca urmare în organism apare starea de hiperoxie, care influențează la micșorarea eritropoetinelor și respectiv a eritropoiezei. Peste 5-7 zile hemoglobina scade și atinge 125-135g/l iar eritrocitele $4-5 \times 10^{12}/l$. Ca rezultat al hipoxiei intrauterine în sângele periferic sunt eliberate forme tinere de eritrocite:

- *Anizocite* –eritrocite de diferite forme;
- *Policromatofile* – colorația de diferită intensitate a eritrocitelor;
- *Macrocite*, *microcite* – eritrocite cu diametru mare sau mic;
- *Reticulocite* – eritrocite nediferențiate.

Eritrocitele transportă oxigenul de la nivelul alveolelor pulmonare la toate celulele organismului, asigurând metabolismul acestora, concomitent evacuează bioxidul de carbon - o funcție esențială pentru menținerea vieții. În componența eritrocitelor intră proteine, glucide, vitamine, diferite metale și aproximativ 100 de fermenți.

Cantitatea de *trombocite* la nou-născut constituie $150-400 \times 10^9 /l$, ulterior se stabilesc la limitele $160-360 \times 10^9 /l$. Ele participă împreună cu factorii coagulării la prevenirea hemoragiilor. Numărul lor sporește în metastazele maligne, în amiloidoze sau în hemoragii.

Sunt unele particularități și în formula leucocitară.

Leucocitele sunt elementele de bază implicate în mecanismele de apărare ale organismului împotriva agresiunilor biologice (microbi, viruși, fungi). La nou-născut leucocitele constituie $18-25,0 \times 10^9 / l$, apoi se micșorează pînă la $6-12 \times 10^9 / l$.

La nou-născut în formula leucocitară predomină neutrofilele (60-70%), limfocitele fiind 30-40%. Neutrofilele sunt celule care asigură fagocitoza (de ex. Curăță plăgile de puroi). Limfocitele au funcția de a fixa toxinele și a forma anticorpi. Cu cît copilul este mai frecvent bolnav cu atît mai multe limfocite sunt în sîngele periferic, numărul lor se mărește și în supraalimentația cu proteine, mezeluri. De asemenea în caz de anomalii de constituție numărul de limfocite predomină cantitatea de neutrofile. Începînd cu ziua a 2 de viață neutrofilele se micșorează iar limfocitele cresc și la a 5 zi numărul lor se egalează (*prima încrucișare*). După vîrsta de un an neutrofilele cresc, respectiv se micșorează numărul limfocitelor și la vîrsta de 5 ani iarăși are loc egalarea lor (*a 2-a încrucișare*).

Eozinofilele se consideră celule dereticătoare – creșterea histaminei în organism stimulează acțiunea acestora.

Compoziția sîngelui periferic la copii de diferite vîrste

Indici	Nou-născut	Sugar	1-6 ani	6-12 ani
Hemoglobina g/l	170-240	110-140	110-150	110-150
Eritrocite $\times 10^{12}/l$	4,3-7,6	3,5-4,8	3,5-4,5	3,5-4,7
Reticulocite %	3-51	3-15	3-12	3-12
Leucocite, $\times 10^9/l$	10 -24,5	6,5-13,5	5,0-12,0	4,5-10,0
VSH mm/oră	2-4	4-8	4 -10	4-12
Neutrofile %	60- 70	15-40	60-70	60-70
Limfocite %	20-30	40-70	20-30	20-30
Eozinofile %	0,5-6	0,5-6	0,5-7	0,5-7

Sistemul limfatic este compus din ganglionii limfatici, foliculii limfoizi. Ganglionii limfatici (în număr de 500-700) la nou-născut sunt de dimensiuni diferite (au diametrul de 3-6 mm), sunt de formă rotundă sau ovală, însă au funcția imperfectă. Dezvoltarea lor continuă pînă la vîrsta de 10-12 ani, apoi regresează. Ganglionii limfatici sunt organe unde se produc *limfocite și celule plasmatiche*, care secretă *imunoglobuline*.

La nou-născuți ganglionii limfatici nu se palpează. În normă la un copil mai mare se palpează 4-5 grupe de ganglioni limfatici (*occipitali, cervicali, submandibulari, axilari, inghinali*) de mărimea unui bob de mei, moi la palpare, indolori, mobili, nu aderă între ei și nici cu țesuturile adiacente.

Inspectarea copilului. Pentru afecțiunile sistemului hematopoietic sunt importante următoarele:

- *Coloarea tegumentelor, mucoaselor;*
- *Prezența erupțiilor posibile (echimoze, peteșii);*
- *Mărirea ganglionilor limfatici periferici;*

Palpația. Prin această metodă de examinare se pot identifica durerile din partea sistemului osos (leucemii) sau defecte ale oaselor plate, etc. Splina în condiții normale nu se palpează. Pentru a deveni palpabilă dimensiunile ei trebuie să se dubleze.

PARTICULARITĂȚILE ANATOMO-FIZIOLOGICE ALE SISTEMULUI GASTROINTESTINAL

Sistemul digestiv este alcătuit din tractul digestiv și glande a căror secret este necesar pentru procesele de digerare a hranei.

Dezvoltarea copilului depinde într-o măsură deosebită de funcția sistemului digestiv. Capacitatea funcțională a tractului digestiv este diversă în diferite perioade ale vârstei, ceea ce necesită respectarea anumitor reguli și regimuri alimentare.

Organele digestive încep să se formeze din a 3-4 săptămână a dezvoltării embrionare și la 16-20 săptămâni deja funcționează. În acest timp începe să se dezvolte reflexul de sugere, glandele salivare elimină salivă (*amilaza*), stomacul-*pepsinogen*, intestinul-*secretin*.

În perioada dezvoltării intrauterine fătul se alimentează cu produse primite de la mama, prin patul vascular. După naștere structura imatură a tractului digestiv nu permite copilului să se alimenteze cu altceva decât laptele matern. Odată cu creșterea copilului și dezvoltarea organelor digestive copilul poate primi hrană mai variată.

La nou-născutul matur sunt bine dezvoltate reflexele de sugere și glutiție. Actul de sugere este alcătuit din 3 faze :

- Aspirația;
- Comprimarea mamelonului;
- Înghițirea laptelui aspirat.

Copilul plasat corect la sânul mamei sugere profund, înghițiturile sunt auzite și văzute.

Cavitatea bucală la nou-născut este foarte mică. Mușchii masticatori sunt bine dezvoltati, limba este mare, scurtă și lată. Mucoasa este fină, uscată, bogat vascularizată, de culoare roșie aprinsă. Cavitatea bucală are o serie de particularități ce facilitează suptul :

- Striația transversală de pe buze cu care copilul apucă mamelonul;
- Tumefierile în locurile de erupție a viitorilor canini;
- Pernuțele de grăsime *Bicat* din grosimea obrazilor care contribuie la crearea presiunii negative în cavitatea bucală în timpul suptului;

Glandele salivare

Saliva este secretată de glandele salivare (parotidiene, sublinguale, submandibulare) și de numeroasele glande secretorii ale cavității bucale. La nou-născut glandele salivare sunt slab dezvoltate, elimină puțină salivă, de aceea mucoasa cavității bucale este uscată, ușor vulnerabilă. Din acest motiv cavitatea bucală nu se prelucrează în primele luni de viața a sugarului

Esofagul. Are forma de pîlnie. Mucoasa este fină, bogat vascularizată, dar uscată din cauza insuficienței glandelor mucoasei. Are lungimea:

- Nou-născut 10-11cm;
- 1 an – 12cm;
- 5 ani – 16cm;
- 10 ani – 18cm;
- Adult – 25-32 cm;

Aceste date topografice au importanța la efectuarea lavajului gastric.

Stomacul. Are forma de cilindru sau de sferă, cind este plin, este situat între procesul xifoid și ombilic. Cu vârsta stomacul se deplasează mai în jos. Este așezat orizontal, după vârsta de un an, cînd copilul începe să meargă, recapătă o poziție mai oblică și după 10 ani este așezat ca la adult. Glandele secretorii ale stomacului elimină suc gastric, care conține aceleași enzime (*pepsină, lipază, acid lactic, acid clorhidric* etc.) ca și la adulți.

Volumul stomacului în dependență de vîrstă

<i>Vîrsta copilului</i>	<i>Volumul stomacului/ml</i>
<i>Nou-născut</i>	<i>30-35</i>
<i>1 an</i>	<i>250-300</i>
<i>3-5 ani</i>	<i>500</i>
<i>8-10 ani</i>	<i>1000-1200</i>
<i>12-15ani</i>	<i>1300-1500</i>

După Filatov volumul stomacului pînă la un an crește lunar cu 30 ml. De aceea volumul stomacului la sugari poate fi determinat după formula :

$$V = 30ml + 30n \quad n - \text{vîrsta în luni}$$

Cunoașterea volumului stomacului are valoare la efectuarea lavajului gastric.

Funcția motorie a stomacului este slab dezvoltată. Evacuarea hranei din stomac depinde de alimentele ingerate. În alimentația naturală laptele este digerat în stomac în decurs de 2- 3 ore, iar în alimentația artificială mai mult de 4 ore.

Intestinul. Este relativ mai lung ca la adult și depășește lungimea corpului de 6 ori (la adult de 4 ori). Mucoasa intestinală este fină, bogat vascularizată, contine multe glande limfatice.

Permiabilitatea mărită a mucoasei contribuie la reabsorbția sporită a produselor toxice in organismul copilului. Din cauza nedezvoltării stratului muscular și a enervatiei imperfecte ușor se deregleaza peristaltismul intestinal, fiind cauza constipațiilor la copii. După vârsta de 6 ani mucoasa are aceiași structură ca și la adulți.

Rectul la nou-născut este relativ mai lung ca la adulți. Partea ampulara a rectului este nedezvoltată ceea ce explică defecațiile frecvente în primele săptămîni de viață (3-6 ori/zi). Este imperfect sfîncterul anal ce contribuie la dezvoltarea sfîncterilor în bolile diareice.

Îndată dupa naștere intestinul este steril timp de cîteva ore, apoi se populează de diferite bacterii saprofite (*bifidumbacterii, lactobacterii, colibacili, stafilococi, streptococi, fungi,* etc.) care și constituie microflora fiziologică a intestinului.

Microflora intestinală are următoarele funcții:

- *De barieră (neutralizează bacteriile patogene);*
- *De fermentare;*
- *De sinteză a vitaminelor (B, PP, C)*

Scaunul sugarului depinde de caracterul alimentației, vârsta copilului și particularitățile individuale ale copilului. In primele zile se elimină *meconiul* - fecale lipsite de miros, de culoare măslinie, consistență vîscoasă. Din ziua 3-4 se elimină așa numitul *scaun tranzitoriu*, cu frecvența de 4-6 ori/zi, de o culoare galben-verzuie. De

la vârsta copilului de 2 săptămâni se elimină un scaun normal, ce depinde de felul alimentației .

Ficatul este un organ masiv, este bine vascularizat, ocupă 1/2 din cavitatea abdominală. La nou-născuți constituie 4 % din masa corporală (la adulți 2 %). Ficatul crește mai lent ca organismul copilului. Până la vârsta de 6 luni ficatul se palpează mai jos de rebordul costal cu 2-3 cm, de la 1-3 ani se palpează mai jos cu 1,5 cm și după vârsta de 3 ani ficatul nu se mai palpează.

Functiile ficatului:

- Secretă bilă;
- Detoxicantă/ barieră pentru toxine;
- Fagocitară / barieră pentru bacterii, etc.;
- De sinteză a vitaminelor;
- Participă la toate tipurile de metabolism;

Vezica biliară este așezată în grosimea ficatului, secretă bilă, care ajută la fermentarea hranei. Bila la copii este săracă în acizi biliari, colesterină, licetină, săruri minerale, însă conține într-o cantitate mare *acid tauroholic*, care are o acțiune bactericidă mai înaltă ca *acidul glicoholic* predominant la adulți.

Pancreasul elimină toți fermenții necesari digestiei, însă activitatea lor este micșorată:

- Fermenți proteolitici (tripsina, hemopsina) – asigură metabolismul proteic;
- Fermenți lipidolitici (lipaza, fosfolipaza) – asigură metabolismul lipidic;
- Fermenți glicolitici (amilaza, lactaza, maltaza) – asigură metabolismul glucidic.

Funcția sistemului digestiv se apreciază după următorii indici de bază:

- Pofta de mâncare;
- Caracterul scaunului;
- Palparea abdomenului;
- Dimensiunile ficatului;
- Metodele paraclinice de diagnostic:
 - Analiza generală a fecalelor și la ouă de helminți;
 - Coprograma;
 - Analizele biologice ale sîngelui;
 - Analiza bacteriologică a fecalelor;
 - Investigația endoscopică, colonoscopia, rectoromanoscopia;
 - Examen ultrasonografic;
 - Sondajul gastric și duodenal;
 - Examen radiologic, etc.

PARTICULARITĂȚILE ANATOMO-FIZIOLOGICE ALE SISTEMULUI EXCRETOR

Sistemul organelor excretorii includ *rinichii*, care excretă urina, precum și organele ce servesc la acumularea și eliminarea urinei – *calicele, bazinetele renale, ureterele, vezica urinară și uretra*.

Rinichii îndeplinesc mai multe funcții, cea principală - reglarea și păstrarea mediului acido-bazic constant(homeostazei) al organismului. Cele mai importante funcții renale în păstrarea homeostazei sunt:

- *Păstrarea conținutului normal de lichide în organism;*
- *Păstrarea conținutului normal de electroliți și presiunii osmotice;*
- *Eliminarea substanțelor de deșeu (ureea, creatinina, substanțe minerale și organice);*
- *Reglarea conținutului normal de H⁺.*

În afară de aceasta rinichii îndeplinesc funcția de glandă endocrină:

- Ei produc **renina** – cu rol important în reglarea tensiunii arteriale;
- Produce **eritropoietina** – factor stimulator al eritropoiezei;
- Elaborează **chinine (urochinaze), prostaglandine;**
- **Sintetizează calcitrioli** (forma cea mai activă a vitaminei D).

Procesele de excreție își încep funcția la embrion din a 9-a săptămână de dezvoltare intrauterină, cu toate că principalul organ excretor la embrion și făt este placenta, prin care se realizează eliminarea produselor metabolice.

La momentul nașterii, organele excretoare ale copilului sunt deja formate și funcționează bine, dar posedă unele particularități.

Rinichii. Masa unui rinichi la nou-născut e de 10-12 g. și constituie 1/100 parte din greutatea corpului (la adult-1/200). Rinichii cresc până la vârsta de 20 ani. La nou-născut rinichii sînt situați cu o vertebră mai jos ca la adulți. Capsula lipidică a rinichilor este slab dezvoltată, de aceea ei sunt mobili și se palpează mai ușor decît la copiii mai mari. Au formă rotundă și nu de bob ca la adult.

Unitatea morfo-funcțională a rinichiului este **nefronul**. Se estimează că fiecare rinichi are circa 1 mln. de nefroni.Nefronul este alcătuit din *glomeruli* (tuburile renale și sistema de vase sangvine). La nou-nascuți glomerulii sunt dispuși foarte compact unul față de altul (50 la 1cm³) decît la adult (7-8 la 1cm³), de aceea suprafața de filtrare este mică, ceea ce explică filtrarea dificilă în rinichi. De aceea la copiii alimentați artificial în deosebi cu lapte de vaci, bogat în cazeină, filtrarea renală devine dificilă cu reținerea sărurilor de natriu, apei și formarea edemelor. Amestecurile fermentate utilizate în alimentația sugarului generează dezvoltarea acidozei în organism.

Consecințele filtrației dificile în rinichi

- *Reținerea natriului și a apei în organism;*
- *Acumularea apei în spațiile intercelulare și apariția edemelor;*
- *Dezvoltarea acidozei;*

Luînd în considerare aceste particularități, părinților se recomandă:

- *Să nu ofere apă de băut sugarilor sub 6 luni;*
- *Să alimenteze copiii cu amestecuri lactate adaptate la laptele matern;*

- Să utilizeze în alimentația sugarului produsele fermentate pe un termen scurt sau în combinație cu cele dulci.

Abia după vârsta de un an filtrarea urinei se apropie de cea a adultului. Glomerulii renali cresc mai intens pînă la vârsta de 3 ani, apoi la 5-6 ani, la 9-10 ani, la 16-19 ani. La adult prin rinichi în decurs de 24 ore se filtrează 1000 litri de sînge și se formează 180 litri de urină, însă 98 % se reabsoarbe înapoi.

Căile renale la nou-născut nu sînt dezvoltate definitiv

Calicele renale la nou-născut sînt considerabil mai scurte, lumenul lor e de 2 ori mai îngust decît la adult.

Bazinetele renale sînt dezvoltate relativ bine, însă țesuturile muscular și elastic sunt dezvoltate slab, ceea ce explică hipotonia lor. Aceasta contribuie la stagnarea urinei și facilitarea dezvoltării procesului inflamator (pielonefritelor).

Ureterele sînt relativ largi (0,3-0,4cm), au multe curburi, țesuturile muscular și elastic sunt slab dezvoltate. Aceste particularități favorizează staza urinei și dezvoltarea procesului inflamator. Lungimea ureterelor la nou-născuți este de 6-7 cm, la 1 an-10 cm, la 10 ani -15 cm, la adulți- 20-30 cm.

Veziica urinară la sugar e situată mai sus decît la adulți, parțial în cavitatea abdominală. Peretele anterior al vezicii urinare aderă la peretele abdominal, de aceea cînd este plină, ea este situată aproape total în cavitatea abdominală și ușor se palpează la nivelul ombilicului ori mai sus. Cu vârsta vezica urinară se coboară în cavitatea bazinului.

Uretra la băieți are o curbă mai pronunțată ca la adulți.

Limitele uretrei în corespundere cu vârsta și sexul copilului:

	Băieți	Fete
<i>La nou-născut</i>	- 5-6 cm	<i>La nou-născut</i> -
<i>0,8-1,0 cm</i>		
<i>La pubertate</i>	- 10-12 cm	<i>La 1 an</i> - 2,2 cm
<i>La adult</i>	- 16-18 cm	<i>La 16 ani</i> - 3,3 cm

Diametrul uretrei la fete e mai mare decît la băieți. Aceasta are importanță practică în cateterizare și cistoscopie. Uretra scurtă și largă la fetițe, apropierea ei de orificiul anal favorizează pătrunderea mai ușoară a infecției din intestin în căile urinare. De aceea tehnica toaletei intime la fete este diferită decît la băieți.

Mucoasa căilor urinare la copii e ușor lezabilă, epiteliul lor ușor se descuamează.

În primele zile de viață copilul elimină foarte puțină urină: cîte 10-20 ml de 4-6 ori în 24 ore.

Cu vârsta cantitatea de urină eliminată crește:

- **Nou- născut** - 40-120ml
- **Sugar** - 300-500ml
- **1 an** - 600 ml
- **5 ani** - 1000 ml
- **10 ani** - 1500 ml
- **15 ani** - 2000 ml

Pentru determinarea diurezei în primii 10 ani se poate folosi formula:

$$600+100 \times (n-1), \text{ unde } 1 - \text{vârsta de un an al copilului} \\ n - \text{vârsta reală a copilului}$$

Frecvența micțiilor la copii în corespundere cu vârsta

Vârsta copilului	Frecvența micțiilor
1-7 zile	4-6
8zile- 1lună	20-25
Sugari	15-20
1 an	15-16
2-3 ani	10
Preșcolari	7-8
10-15 ani	5-6

Urina la copiii primelor zile de viață e mai concentrată, are o culoare mai intensă, conține multe proteine (*albuminurie fiziologică*). De aceea la 75% din nou-născuți se observă starea fiziologică *infarctul uric*, care se caracterizează prin apariția pe scutecele nou-născutului în locul micțiilor a unor halouri brune-roșietice.

Investigările urinei oferă informația necesară în nefrologia pediatrică, deoarece pune în evidență multe componente biologice ale organismului.

- **Transparența** urinei este determinată de elementele celulare, conținutul de săruri, bacterii etc. În normă urina este transparentă;
- **Culoarea urinei** poate fi albă, galbenă, roșie, portocalie, cafenie etc. În normă urina are culoarea galben – aurie ;
- **Mirosul urinei** – în normă inodor. În diferite patologii urina poate avea miros de acetonă, de fecale, asemănătoare mirosului de șoarece etc.
- **Reacția urinei** în condiții normale variază de la slab acidă pînă la alcalină. Reacția acidă a urinei se întâlnește în surplus de carne în alimentație, coma diabetică, glomerulonefrită.
- **Proteinuria.** În condiții normale cu urina se elimină 30-50 mg de proteine în 24 ore. Proteinuria se mărește în timpul sindromului febril, în caz de stres, efort fizic, administrarea unor medicamente etc. Proteinuria pronunțată este cea glomerulară.
- **Leucocituria.** În condiții normale la fete se depistează 5-7 leucocite în câmpul de vedere (c/v), la băieți- 3-5 în câmpul de vedere.
- **Erotrocituria.** În condiții normale în c/v se întâlnesc nu mai mult de 3 celule. Eritrocituria se consideră ușoară-20 în c/v, moderată- 20-200 în c/v, severă – mai mult de 200 în c/v.
- **Celule epiteliale.** Apar în urină în condiții normale de pe pereții tubulari ai vezicii urinare.
- **Cilindruria.** Apare din substratul patologic al mucoasei tuburilor renali.
- **Bacteriuria.** Se permite pînă la 10.000 bacterii în câmpul de vedere.

Densitatea relativă a urinei în corespundere cu vârsta

Nou-născut	1006-1018
Sugar	1003-1005
2-5 ani	1009- 1016

În cazul prezenței patologiei renale pot fi înregistrate următoarele schimbări:

- Oliguria – micșorarea diurezei totale (în 24 ore);
- Anuria – lipsa eliminării de urină;
- Poliuria – sporirea cantității de urină eliminată în 24 ore comparativ cu norma de 2 ori;
- Nicturia - prevalarea diurezei de noapte;
- Hipostenurie – micșorarea densității relative a urinei (1002-1005);
- Izostenuria – densitatea urinei este egală cu densitatea plasmei sangvine (1010-1022), apare în cazul insuficienței renale.

Pentru aprecierea funcției sistemului excretor se efectuează anumite investigații:

- Analiza generală a urinei;
- Proba Zimmitchi;
- Proba Neciporenco;
- Proba Adiss — Kakovschi;
- Examenul radiologic al rinichilor;
- Cistografia;
- Urografia;
- Ultrasonografia;
- Scintigrafia etc.

CAPITOLUL 3

NOU-NĂSCUTUL

L.Cerempei, E. Cucieru, R. Cușnir, L. Botnarciuc, T.Țurcan

NOU-NĂSCUTUL LA TERMEN

Nou-născutul la termen este un copil născut cu vârsta de gestație 37-42 săptămâni, cu scorul Apgar ≥ 7 puncte în primul minut de viață și care nu a necesitat resuscitare, cu greutatea la naștere în limitele 2500-4000 g, care în timpul examinării arată sănătos, fără anomalii de dezvoltare congenitale ori alte semne patologice și la care este prezent reflexul de sugere.

Nou-născutul sănătos are un risc foarte jos de declanșare a stărilor patologice în perioada neonatală și *are nevoie numai de îngrijiri esențiale*.

Pe parcursul anilor a apărut tendința de a privi nou-născutul ca pe un *pacient* aparte. Acest punct de vedere se potrivește nou-născuților bolnavi și prematurilor, însă copiii sănătoși merită o altă abordare. Astăzi spitalele stimulează funcționarea *cuplului mamă-prunc* ca o unitate integră.

Iată câteva modalități de a atinge aceasta:

- facilitarea procesului de adaptare calmă, fiziologică a nou-născutului la viața extrauterină;
- promovarea alăptării precoce a nou-născutului;
- punerea la dispoziția părinților a resurselor de instruire pentru a-i ajuta la îngrijirea nou-născutului;
- acordarea îngrijirii medicale preventive și examinărilor recomandate nou-născuților.

Caracteristica perioadei de nou-născut

Perioada de nou-născut (*neonatală*) prezintă perioada de adaptare rapidă a copilului la noile condiții ale vieții extrauterine. Durata ei este de la naștere până la vârsta de 28 de zile. Oricât de fiziologică ar fi nașterea ea constituie un stres pentru copil. În cursul nașterii organismul copilului suportă o presiune enormă din partea mușchiului uterin, ce denotă apariția diferitor schimbări în organism. Toate aceste schimbări pot fi trecătoare dar pot fi și traumatizante.

Primele 7 zile de la naștere constituie perioada *neonatală precoce* – o perioadă foarte dificilă în procesul de adaptare a nou-născutului la viața extrauterină. În această perioadă la copil se observă diferite fenomene tranzitorii: căderea bontului ombilical, scăderea fiziologică a masei corporale, crizele genitale, mastopatia etc.

Semnele nou-născutului la termen

Masa corporală variază între 2500-4000g, talia oscilează între 48-53 cm, perimetrul cranian constituie 32-34 cm, perimetrul cutiei toracice 31-32 cm. Capul copilului constituie $\frac{1}{4}$ din lungimea corpului, craniul facial este relativ mic în comparație cu calota craniană. Fontanela mare (anterioară) este deschisă la toți nou-născuții. Fontanela mică (posteroară) este deschisă doar la 25-30% de nou-născuți, fontanelele laterale sunt închise. Părul pe cap este bine dezvoltat. Gâtul este scurt, datorită grăsimii abundente la acest nivel.

Tegumentele sunt de o culoare roză-eritematoasă, acoperite cu lanugo, mai ales pe umeri, spate, frunte și brațe. Pielea este acoperită cu un secret alb-gălbui numit *vernix caseoza (sebum)*, produs de glandele sebacee cu rol protector al pielii fătului iar după naștere are rol antitermic, bactericid, antihemolitic. Pavilioanele urechilor sunt bine dezvoltate, sunt bogate în țesut cartilajinos. Unghiile acoperă cupa degetelor și cresc zilnic cu 0,1mm. Inelul ombilical se află la mijlocul distanței dintre procesul xifoid al sternului și simfiza pubiană.

Cutia toracică este scurtă, puțin mobilă și bombată anterior. Membrele sunt scurte, egale între ele, gamba puțin bombată anterior, musculatura este slab dezvoltată, mai ales a membrilor. Mișcările sunt haotice, membrele superioare și inferioare sunt puțin flectate datorită hipertoniilor mușchilor flexori. Țipătul copilului este puternic. Reflexele necondiționate ale nou-născutului sunt bine dezvoltate (suptul, glutiția, clipitul etc.).

Abdomenul este puțin alungit, ușor escavat. La băieți testiculele sunt coborâte în scrot, la fetele labiile mari acoperă labiile mici.

Evaluarea și conduita nou-născutului

Nou-născutul este examinat imediat după naștere. În primele 60 de secunde starea generală se apreciază după scorul Apgar. Este util ca scorul să fie stabilit și la 5 minute după naștere.

Scorul Apgar

Semne clinice	Aprecierea în puncte		
	0	1	2
Bătăi cardiace	Absente	Sub 100/min.	peste 100/ min
Respirația	Absentă	Rară, neregulată, crize de apnee, țipăt slab	Bună, țipăt puternic
Tonusul muscular	flasc	mișcări slabe	mișcări active
Excitabilitate	Absentă	grimase	tuse, strănut, țipăt
Culoarea tegumentelor	palide sau cianotice	corp roz, cianoza extremităților	complet roze

Nou-născuții se consideră sănătoși dacă acumulează după Apgar 8-10 puncte, starea satisfăcătoare – 7 puncte, stare gravă – mai puțin de 6 puncte. Nou-născutul cu scorul sub 7 necesită reanimare în sala de naștere.

Actualmente starea nou-născutului este apreciată și după următorii indici: respirație, frecvența cardiacă, greutatea la naștere și vârsta de gestație. Copilul se consideră sănătos dacă:

- *Respirația* spontană se inițiază în primele 30 sec. după naștere.
- *Frecvența cardiacă* este mai mare de 100 bătăi/min (după câteva minute ea sporește la 120 bătăi/min).
- *Greutatea la naștere* este mai mare de 2500g.
- *Vârsta de gestație* (exprimată în zile/săptămâni complete) variază între 38-42 săptămâni complete de gestație (259-293 zile).

Examinarea și asistența imediată a nou-născutului

Procedurile descrise mai jos trebuie aplicate tuturor nou-născuților:

Etapa 1. Pregătirea sălii către nașterea copilului: asigurarea temperaturii de 25-26°C în încăperea unde v-a avea loc nașterea, echipamentul necesar pentru resuscitarea nou-născutului.

Etapa 2. Uscarea copilului: se efectuează cu un scutec încălzit în prealabil, după înlăturarea căruia copilul este învelit în al doilea scutec uscat și cald. Riscul de a pierde căldura este mai mare atunci când copilul nu este uscat imediat după naștere sau când este

scăldat. Un copil ud poate pierde pe minut 1°C din temperatura corpului, chiar și într-o cameră relativ caldă.

Etapa 3. Examinarea copilului. În timpul uscării copilului personalul medical trebuie să evalueze starea lui pentru a stabili dacă are nevoie de îngrijire specială. După naștere copilul sănătos este aplicat pe abdomenul mamei în contact direct *piele-la-piele*. Medicul neonatolog, prezent la naștere, face primul examen medical. Scopul primului examen este de a evalua vârsta de gestație și prezența anomaliilor congenitale.

- *Respirația spontană și frecvența cardiacă* se stabilesc în primele 30 de sec. de la naștere (30-60 bătăi/minut în normă) cu scopul de a identifica copiii care au nevoie de o resuscitare imediată. O frecvență cardiacă mai mare de 100 bătăi/min este considerată acceptabilă la naștere, după câteva minute ea poate spori pînă la 120 bătăi/min.
- *Stabilirea vârstei de gestație în dependență de masa corporală* are ca scop de a identifica copiii cu greutate mică la naștere (GMN), care vor avea nevoie de o îngrijire specială. *Greutatea la naștere* este prima greutate înregistrată a copilului, care trebuie determinată pe parcursul primelor ore după naștere. *Vârsta de gestație reprezintă* durata gestației măsurată de la prima zi a ultimului ciclu menstrual normal. Ea este exprimată în zile / săptămâni complete.
- *Stabilirea defectelor la naștere sau a traumelor* are scopul de a asigura un tratament adecvat și oportun.

Dacă starea copilului este afectată, el este plasat pe o suprafață caldă, curată și uscată, sub o sursă de lumină radiantă pentru efectuarea îngrijirilor

Etapa 4. Înmânarea copilului mamei. După ce copilul a fost uscat, el trebuie plasat pe abdomenul mamei, în contact *piele-la-piele* pentru a fortifica interacțiunea dintre mamă și copil, pe capul copilului se îmbracă o căciuliță. Cuplul mamă-copil se învelește cu un cearșaf sau cearșaf și plapumă. Pe parcursul primelor 30 de minute – o oră majoritatea copiilor încep să caute mamelonul. ***Aflarea copilului în contact direct piele-la-piele trebuie să aibă loc pe parcursul primelor 2 ore după naștere.*** Temperatura copilului se înregistrează la 15 minute după naștere. Clamparea cordonului ombilical al copilului sănătos se face la sfârșitul primului minut de viață, copilul fiind poziționat pe abdomenul mamei, de obicei după dispariția pulsațiilor de cordon.

„**Lanțul cald**” este un set de proceduri de minimalizare a posibilității apariției hipotermiei și de asigurare a bunăstării copilului. Nereușita implementării unora dintre ele va duce la ruperea lanțului și la sporirea riscului de răcire a copilului.

Verigile ”lanțului cald” sunt următoarele:

- ✧ **uscarea imediată a nou-născutului;**
- ✧ **îmbrăcarea copilului și înmânarea lui cât mai rapidă mamei cu poziționarea ulterioară pe abdomenul ei în contact *piele-la-piele*;**
- ✧ **îmbrăcarea pe capul copilului a unei căciulițe calde;**
- ✧ **acoperirea mamei și a copilului cu un cearșaf sau plapumă;**
- ✧ **în caz de necesitate, asigurarea unui transport cald și fără risc;**
- ✧ **instruirea intregului personal implicat în procesul de naștere și de îngrijire ulterioară a copilului;**

Dacă acestea nu pot fi întreprinse, este acceptabil să se usuce copilul și să se îmbrace, plasându-l cât mai aproape de mamă. Realizarea cu succes a acestei tehnologii necesită un salon cald în care temperatura este nu mai joasă de 25°C. Este greu să se încălzească copilul care este deja hipoterm - înfășurarea lui ar însemna doar păstrarea lui la temperatura joasă la care a ajuns.

Implementarea lanțului cald:

- ◇ reduce riscul hipotermiei și riscul infecțiilor încrucișate, nosocomiale;
- ◇ ameliorează dezvoltarea psihomotorie;
- ◇ face somnul mai bun, copilul plânge mai puțin și mai bine adaugă în greutate.

Respectarea curățeniei la naștere este un pas important în reducerea riscului infecției pentru mamă și copil. În afară de *lanțul cald* pentru profilaxia hipotermiei în sălile de naștere se mai folosește un set de procedee menite să minimalizeze riscurile infecțioase cu denumirea de *lanț curat*.

Componentele principale în implementarea lanțului curat la naștere și după naștere, elaborate și recomandate de OMS

La naștere:	După naștere:
1. Mâinile curate ale asistentului (spălate cu săpun, unghiile scurt tăiate)	1. Toți lucrătorii medicali trebuie să spele mâinile înainte de a lua copilul
2. Folosirea mănușilor de o singură folosință. La utilizarea repetată a mănușilor ele trebuie prelucrate.	2. Respectarea igienei în timpul alăptării la sân a copilului.
3. Suprafața curată pentru primirea nașterii.	3. Menținerea cordonului curat și uscat.
4. Secționarea cordonului ombilical cu un instrument steril.	4. Scutecele utilizate pentru îngrijirea nou-născutului trebuie să fie curate.
5. Cordonul trebuie legat cu un fir de mătase steril. E de dorit de utilizat seturi speciale pentru naștere.	5. După fiecare procedură igienică efectuată copilului îngrijitorul (mama) se va spăla pe mâini.
6. Scutece curate pentru înbrăcarea copilului și învelirea mamei.	

Etapa 5. Dezobstruarea căilor respiratorii se face numai dacă lichidul amniotic este colorat cu meconiu sau sânge. Pentru efectuarea procedurii se folosește o pară sterilă sau un cateter moale care se unește la o sursă de aspirație. Durata procedurii nu trebuie să depășească 5 sec.

Etapa 6. Secționarea cordonului ombilical. Clamparea cordonului se face la dispariția pulsațiilor ceea ce permite un transfer sporit de sânge placentar în circulația nou-născutului înaintea secționării cordonului.

În îngrijirea bontului există unele reguli ce țin de ***spălarea pe mâini a personalului ce efectuează toaleta copilului de fiecare dată înainte de a atinge bontul ombilical; menținerea bontului curat și uscat.***

Pentru îngrijirea bontului ombilical nu se recomandă:

- aplicarea pansamentelor, ce stagnează mumificarea.
- prelucrarea cu apă oxigenată de 3% sau alcool etilic – deasemenea stagnează uscarea bontului.

OMS ***nu recomandă*** prelucrarea bontului ombilical cu dezinfectanți după naștere, dar numai menținerea lui în curățenie, conform pașilor menționați mai sus. ***Însă în caz de necesitate se recomandă utilizarea următorilor dezinfectanți pentru piele – soluție de chlorhexidină 4% sau soluție de gențian violet.***

Îngrijirea bontului ombilical / plăgii ombilicale în maternitate se efectuează zilnic de către personalul medical (cu instruirea și implicarea mamei) prin metoda deschisă de îngrijire cu expoziția lui la aer. ***Pentru prevenirea infecției se***

recomandă de a spăla plaga ombilicală cu apă curată și săpun numai în caz de murdărire cu materii fecale ori urină.

Etapa 7. Prima alimentare. Imediat după naștere copilul sănătos fiind plasat pe abdomenul mamei, se ridică spre sânul matern și îl găsește timp de 30 min – 1 oră.

Etapa 8. Determinarea grupei sangvine. Sângele examinat permite depistarea cazurilor de incompatibilitate AB0 sau altfel de afecțiuni hemolitice.

Etapa 9. Proceduri de profilaxie. Efectuarea lor de rutină în sala de naștere întrerupe interacțiunea mamei cu copilul și întârzie instalarea alăptării.

- **Profilaxia hemoragiilor precoce și tardive cu vitamina K.** În scop preventiv vitamina K se administrează pe două căi:
 - a) 1 mg la copiii cu greutatea >1,5 kg (0,5 mg la cei cu greutatea <1,5 kg) i/m în timp de 6 ore după naștere;
 - b) 2 mg per os, o doză în prima zi și a doua doză în ziua a 5-a de viață.

Profilaxia cu vitamina K este o intervenție dovedită pentru prevenirea bolii hemoragice a nou-născutului cu debut precoce.

- **Profilaxia gonoblenoreei.** OMS recomandă folosirea unguentului de 1% tetraciclină sau eritromicină de 0,5%, care nu sunt dăunătoare. Profilaxia gonoblenoreei se va efectua la 1 oră după nașterea copilului, în timpul aflării lui în contact *piele-la-piele* cu mama.
- **Vaccinarea copilului împotriva tuberculozei și hepatitei virale B.** Vaccinul HVB se administrează tuturor copiilor în prima zi de viață, îndeosebi copiilor născuți de mamele purtătoare de HbsAg în primele 6 ore de viață, cu o doză de 0,5 ml i/m. Vaccinarea BCG se efectuează tuturor nou-născuților sănătoși și mai mari de 3 zile, care au greutatea mai mare de 2500 g, în doză de 0,05ml i/d în regiunea brațului stîng la hotarul dintre treimea superioară și cea medie. La administrarea corectă a vaccinului, pe piele se formează un infiltrat cu diametrul de 4-5 mm, care se reabsoarbe peste 15-20 min. În fișa de dezvoltare a copilului se indică data vaccinării, metoda, doza, seria și numărul controlului de stat al vaccinului.
Unica contraindicație a vaccinării BCG este infectarea simptomatică cu HIV, care de obicei niciodată nu se manifestă în perioada neonatală, deaceia vaccinarea BCG se efectuează tuturor copiilor până la externarea lor din maternitate.

Etapa 10. Transferarea copilului în salonul mamă - nou-născut

În maternitățile republicii există două tipuri de saloane de îngrijire a mamei și copilului: *TNR* (*travaliu – naștere – recuperare*) și *TNRP* (*travaliu – naștere – recuperare – post-partum*).

- În salonul tip *TNR* (*travaliu – naștere – recuperare*) femeia cu copilul trebuie să intre în travaliu, să nască și să se afle cel puțin primele ore după naștere.
- Acolo unde există posibilități, trebuie asigurate condiții de tip *TNRP* (*travaliu – naștere – recuperare – post-partum*). Dacă mama și copilul sînt sănătoși, ei stau sau în salonul de tip *TNRP* după naștere și apoi pleacă acasă, sau sunt transferați dintr-un salon de tip *TNR* într-o secție combinată *post-partum* pentru mame și copii.

Fiecare maternitate trebuie să faciliteze aflarea nou-născutului împreună cu mama, practicarea rooming-ului, care facilitează alimentația naturală și relația afectuoasă dintre mamă și copil.

Atenție! Izolarea copilului de mamă se permite numai în cazuri de maladii grave la nou-născuți, dar și în aceste cazuri mama trebuie să aibă acces la îngrijirea lui, sau în cazuri cînd mama nu este în stare să-l îngrijească.

Toaleta tegumentelor și mucoaselor

1. Toaleta tegumentelor și mucoaselor nou-născutului în maternitate se efectuează zilnic, dimineața.
2. Personalul medical instruește mama cum să efectueze procedeele de îngrijire pentru ca ea să le poată îndeplini de sine stătător.
3. Pentru toaleta feței, ochilor, narinelor, pavilioanelor urechilor, organelor genitale se va folosi apă fiartă caldă. Materialul se va utiliza separat pentru fiecare parte a corpului, ochii se prelucrează de la unghiul extern spre cel intern.
4. Toaleta cavității bucale se efectuează numai în caz de apariție a mărgăritărelului.
5. Personalul medical / îngrijitorii copilului se vor spăla pe mâini de fiecare dată când îmbracă copilul sau efectuează proceduri igienice.

Controlul temperaturii corpului

La copilul născut la termen temperatura corpului este de 36,5-37°C. Hipotermia se constată când temperatura corpului scade sub 36,5°C. Respectarea următoarelor proceduri va asigura profilaxia hipotermiei:

- copilul nu se va amplasa pe suprafețe umede și reci;
- nu va fi scăldat îndată după naștere, doar la 6 ore de la naștere după stabilizarea temperaturii;
- nu se va înfășa deoarece înfășatul menține copilul rece;

Termometria se efectuează la 15 minute după naștere!

De obicei, se recomandă în prima zi de viață de evaluat temperatura corpului copilului prin atingerea tălpilor la fiecare 4 ore.

Temperatura se înregistrează într-o fișă specială, de obicei o dată în zi. La orice schimbare a ei copilul necesită o supraveghere mai intensă, în special pentru a exclude infecția. Temperatura în odaia în care se află nou-născutul îmbrăcat trebuie să fie menținută în limitele 22-25°C.

Dinamica masei corporale

E necesară cântărirea zilnică a copilului pentru a observa dinamica creșterii greutatei care este un indice al calității alăptării. Copilul alimentat în mod natural și la cerere, nu trebuie să aibă pierderi în greutate.

Diureza

Îndată după naștere copilul sughe foarte puțin, de aceea, în următoarele 24 – 36 ore se elimină cantități mici de urină. Pe parcursul următoarelor zile urina se elimină în volum de 40 – 60 ml/kg după alimentare sau în cazurile când perineul este iritat de un flux de aer.

Tranzitul intestinal

La majoritatea nou-născuților în primele minute după naștere apare și eliminarea de meconiu. La copiii alimentați în mod natural, scaunul este de consistență moale, culoare cafeniu-gălbui, are reacție acidă, apare ca regulă după fiecare alimentare. La copiii alimentați artificial, scaunul are reacție mai puțin acidă, este mai dens și de o culoare mai deschisă, apare de 1–2 ori pe zi.

Relația dintre prunc, mamă și familie

Imediat după naștere trebuie stimulat contactul permanent al nou-născutului cu mama. De acum înainte nu există nici o justificare pentru separarea unui nou-născut sănătos de mama sa. Conceptul îngrijirii nou-născutului în mediul familial a obținut o susținere largă.

În anii precedenți când copilul era izolat de mamă iar frica de infectare era luată drept motiv pentru limitarea contactului dintre mamă și copil, riscul infectării era mai mare decât în sălile pentru mame.

Pentru stimularea contactului dintre mamă, prunc și familie se recomandă următoarele:

- Contactul dintre mamă și prunc trebuie să înceapă imediat după naștere în sala de travaliu.
- „Procedeele obligatorii” se amână pentru mai târziu.
- Permitearea fără restricții a vizitelor altor membri ai familiei.
- Sălile din maternități trebuie amenajate astfel ca să se creeze pentru familii o atmosferă de confort.

Aflarea mamei și copilului împreună ne dă următoarele rezultate:

- mama foarte repede își cunoaște copilul și necesitățile lui;
- mamele primipare vor fi mai sigure că îngrijesc corect copilul, exersînd abilități de îngrijire;
- copilul zâmbește mai des și plânge mai puțin;
- copilul este alăptat la cerere, ceea ce îmbunătățește lactația la mamă;
- grija permanentă a mamei creează un confort psihologic copilului, el se simte iubit și înțeles;

Atașamentul mamei față de nou-născut

Atașamentul dintre mamă și copil este una dintre cele mai puternice legături emoționale ce se poate dezvolta imediat după naștere, prin legături timpurii cu nou-născutul, recunoașterea și satisfacerea cerințelor copilului, prin alăptare și ținutul frecvent în brațe. După naștere mama îi oferă copilului întreaga sa ființă: lapte, priviri drăgostoase, mângâiere, limbaj și emoții. **Legătura** intimă cu nou-născutul este posibilă și pentru tată, care trebuie încurajat să țină copilul în brațe, să-l mângâie, să-i cânte și să-i arate cât mai multă dragoste.

Care sunt beneficiile multiple ale atașării dintre părinți și copii?

- Copilul crește mai bine, devine mai inteligent, învață mai ușor să vorbească;
- Părinții devin mai sensibili și încrezători în acțiunile sale, sunt buni observatori și înțeleg mai ușor copilul, î-i disciplinează mai ușor, cunoscând preferințele și posibilitățile copilului, se adaptează la temperamentul lui;
- Atât copilul cât și părinții devin în mod reciproc mai sensibili, mai atașați între ei.
- Atașamentul părinților favorizează dezvoltarea creierului copilului. Dezvoltarea intelectuală a copilului mic este influențată de modul în care mama răspunde la semnalele lui.

Pregătirea pentru externarea copilului la domiciliu

Înainte de externare copilul este examinat în prezența mamei și, de dorit, și a tatălui. Externarea nou-născuților sănătoși are loc în zilele 3-4 după naștere. Uneori, se preferă externarea mai timpurie (se hotărăște individual în dependență de starea socială și posibilitatea de asistență medicală la domiciliu).

Externarea se face în baza a două seturi de criterii:

a) fiziologice

b) legate de protecția copilului.

Criteriile pentru externarea copilului la domiciliu

Indicii fiziologici
Stare clinică satisfăcătoare (tegumente, tonus muscular, reflexe, respirație normală)
Procedurile preventive (vit. K, profilaxia blenoreei, vaccinarea cu BCG, HVB) au fost realizate
Reflex de sugere satisfăcător
Starea plăgii ombilicale și termoreglare adecvată
Alimentație normală
Lipsa icterului în primele 24 de ore
Scaun meconial în limitele a 24 de ore

Informați părinții când trebuie să solicite ajutor imediat în ceea ce privește alăptarea. Deși este posibil ca un copil sănătos alăptat la sân să nu prezinte unul sau mai multe din semnele respective, o evaluare minuțioasă a situației este necesară, în special în primele zile și săptămâni, pentru a determina dacă nou-născutul se alimentează suficient.

Semnele de pericol la nou-născut și alăptării dificile pentru solicitarea ajutorului medical

- Copilul suge rău la sân sau nu poate bea;
- Copilul are convulsii/ este letargic;
- Copilul vomită sau prezintă regurgități repetate după fiecare supt;
- Copilul se alimentează mai puțin de 8 ori în 24 ore;
- Copilul are urina hipercromă și/sau udă mai puțin de două scutece pe zi în primele 3 zile, sau mai puțin de 6 scutece în a patra - a șasea zi;
- Copilul este somnolent și foarte greu este trezit pentru a fi alăptat;
- Mama are o zonă roșie, dureroasă pe sân asociată cu febră, frisoane sau simptome ale răcelii;
- La copilul cu scaun lichid apare sânge în scaun și el bea puțin;
- La copil apare febra ($37,5^{\circ}\text{C}$ și mai mult) sau este fierbinte la palpate;
- Scăderea temperaturii corporale (mai jos de $35,5^{\circ}\text{C}$ sau rece la palpate);
- Copilul respiră greu și frecvent (60 respirații/minut și mai mult);
- Elemente purulente pe piele sau hiperemia pielii circumscrise ombilicului;
- Eliminări purulente din ureche;

Se recomandă ca aceste semne să fie tipărite sau scrise vizibil și înmânate părinților, pentru ca aceștea să le poată afișa acasă.

ÎNGRIJIREA NOU-NASCUTULUI SĂNĂTOS LA DOMICILIU

Supravegherea la domiciliu

Lucrătorul medical efectuează prima vizită la domiciliu îndată după externarea nou-născutului din maternitate. În cadrul vizitei la domiciliu se atrage atenția la următoarele:

- Mama este întrebată dacă a primit careva recomandări privitor la *revenirea imediată cu copilul în spital la apariția anumitor probleme* (de alimentare, dereglări respiratorii, convulsii etc.). În caz dacă nu a primit, consiliați mama.
- Se verifică dacă copilul a fost vaccinat adecvat.
- Se verifică dacă mama a primit careva recomandări privind *îngrijirea la domiciliu* (îngrijire, alăptare, poziția corectă în timpul somnului, semnele de pericol, când și

unde trebuie să se adreseze dacă apar semnele de pericol, etc.). Dacă nu, mama este informată despre aceasta.

- Dacă mama este adolescentă, crește copilul singură, este primipară sau HIV-pozitivă, *discutați cu ea sistemele de susținere la domiciliu sau în comunitate.*

**La prima vizită la domiciliu
medicul de familie trebuie să evalueze:**

- *Culoarea tegumentelor pentru determinarea icterului;*
- *Ochii, dacă sunt eliminări purulente și edem al ochilor;*
- *Regiunile axilare la prezența intertrigoanelor ;*
- *Tegumentele la prezența pustulelor;*
- *Poziția copilului la determinarea tonusului muscular al membrelor;*
- *Plaga ombilicală la prezența semnelor de inflamație;*
- *Frecvența respirației (30-60/min. în normă), când copilul este liniștit ;*
- *Modul cum respiră copilul (gâfâit), se recurge la auscultarea copilului;*
- *Dimensiunile fontanelor.*

Întrebați mama:

- Cum sugă copilul sânul;
- Dacă copilul este satisfăcut după alimentație;
- Dacă administrează copilului lichide în afară de laptele matern;
- Dacă există probleme legate cu lactația (sâni angorjați, ragade sau fisuri mamelonare, hipogalactie, semne de foame etc.);

Observați :

- Dacă copilul este poziționat și aplicat corect la sân;
- Cât de efectiv copilul sugă sânul;
- Dacă mama are suficient lapte;
- Colțul copilului.

Consultațiile planice după externarea din maternitate

Medicul de familie efectuează următoarele vizite la domiciliu:

- *în primele 3 zile după externarea copilului din maternitate*
- *la 14 zile de la naștere*
- *la 1 lună de viață.*

Asistenta medicală trebuie să viziteze la domiciliu copilul în prima lună de viață în fiecare săptămână. Ulterior mama cu nou-născutul sănătos vor vizita medicul de familie lunar în instituția medicală pentru a monitoriza dezvoltarea fizică, neuro-psihică a copilului, diagnosticarea la timp a unor stări patologice.

La fiecare vizită a mamei cu copilul în instituția medicală:

- *Se apreciază copilul în ceea ce privește problemele specifice, care au necesitat supraveghere și se asigură că ele au fost soluționate;*
- *Se apreciază starea generală a copilului;*
- *Se măsoară greutatea copilului și se apreciază creșterea ponderală și staturală;*
- *Se recomandă tratament pe orice problemă identificată la copil ;*
- *Se apreciază alăptarea și mamei se oferă sfaturi cu privire la problemele de alimentație;*

Consilierea mamei privind igiena copilului

Dați recomandări mamei privind igiena copilului:

- *Temperatura în odaie unde este scaldat sugarul trebuie să fie de 25-26°C, fără curenți de aer;*
- *Să scalde copilul cu apă fiartă până la vârsta de o lună;*
- *În fiecare zi să spele copilului fața, gâtul, regiunea axilară;*
- *Îmbăierea neregulată poate conduce la apariția intertrigo-ului, elementelor purulente pe piele și corespunzător la mărirea temperaturii corporale;*

Recomandați mamei să nu îmbrace copilul strâns

Îmbrăcarea strânsă poate fi cauza hipotermiei. În timpul rece copiii trebuie să fie îmbrăcați bine.

Înfășatul strâns:

- *Blochează diafragma și micșorează ventilarea pulmonilor;*
- *Micșorează circulația sangvină;*
- *Lipsa spațiului liber nu permite de a păstra căldura;*
- *Împiedică mișcările și stopează dezvoltarea coordonării neuromusculare;*

Recomandări mamei privind spațiul /camera copilului

- *Recomandați părinților să pregătească spațiul pentru copil în camera lor, care trebuie să fie luminos, dar nu lângă fereastră, se decorează simplu cu culori vesele, deschise.*
- *Nu se recomandă de a folosi perna (datorită capului mare, la flectarea lui se pot obtura căile respiratorii și provoca asfixia);*
- *În odaia copilului nu se fumează;*
- *Camera sugarului trebuie aerisită frecvent, dar fără a ține copilul în curent sau în frig;*
- *Temperatura în odaia copilului + 22-24°C*

Recomandări privind somnul copilului

- *Recomandați mamei să poziționeze copilul în timpul somnului pe spate în scopul preîntâmpinării de moarte subită. Când copilul doarme pe burtă se poate produce obstrucția căilor respiratorii, mai ales când doarme pe o saltea moale sau pernă;*
- *Copilul trebuie obișnuit să doarmă singur.*

Determinarea greutateii corpului

Cea mai utilă metodă pentru monitorizarea și aprecierea creșterii este adausul ponderal.

Copilul trebuie cântărit în fiecare lună de la naștere dacă se află la alimentația naturală, fiecare 2 săptămâni - dacă se află la alimentație artificială sau este bolnav. Copilul prematur externat la domiciliu trebuie cântărit fiecare săptămână până la vârsta de 4 – 6 săptămâni. Adausul ponderal trebuie să alcătuiască nu mai puțin de 20-30g în zi.

Obiectele necesare pentru îngrijirea copilului la domiciliu:

- termometre pentru măsurarea temperaturii corpului și a apei;
- pară de cauciuc pentru nas, clister;
- tub de evacuare a gazelor;
- ulei steril;
- pipete și dezinfectanți pentru prelucrarea plăgii ombilicale (verde de briliant de 2 %, gențian violet, permanganat de potasiu de 2 %).

Toate aceste obiecte se vor păstra într-un loc curat și vor avea un termen de valabilitate . Toate obiectele noi ale bebelușului trebuie spălate și fierte.

Îngrijirea unghiilor

Unghiile trebuie tăiate scurt pentru ca nou-născutul să nu se zgârie. În acest scop se pot folosi mănuși din stofă de bumbac.

Îmbrăcarea

Se recomandă de îmbrăcat copilul în hăinuțe din fibre naturale : maiouri de bumbac tricotate, combinezon, costumașe, căciuliță, mănuși, ciorapi etc. Când vremea este rece, sugarul se îmbracă în haine călduroase.

Pampers

Scutecele de unică folosință (pampers) au avantajul că se pot schimba ușor și apoi se aruncă. Atunci când nu s-au schimbat după defecație pot provoca iritarea pielii.

După scoaterea lui pielea se spală cu apă și săpun, se usucă prin tamponare și se badijonează cu unguente ce conțin vitamina A și F, cu uleiuri pentru copil, creme speciale ce conțin oxid de zinc. ***Nu se recomandă pudra cu talc, deoarece este iritantă, favorizează infectarea pielii prin închiderea porilor.***

Plimbările

E de dorit ca plimbările să fie efectuate zilnic. În timpul verii plimbările încep îndată ce copilul este adus de la maternitate. Iarna copilul este plimbat afară de la vârsta de 3-4 săptămîni, la o temperatură nu mai joasă de -5-10°C. Prima plimbare durează de obicei 10 minute, apoi se va mări la 15-20 minute. În anotimpul toamnă-iarnă plimbările nu vor depăși 2 ore/zi. Dacă este posibil, copilul poate fi plimbat de 2-3 ori pe zi.

Masajul pentru copii. Terapia cu emolienți

Se consideră că prin masaj se întărește legătura emoțională între copil și mamă (Fig.10). Masajul contribuie la:

- îmbunătățirea respirației copilului;
- fortificarea sistemului imun;
- eliminarea prin piele a produselor toxice;
- stimularea digestiei;
- preîntâmpinarea constipațiilor și înlăturarea colicelor;
- stabilizarea unui tonus muscular bun și a elasticității;
- liniștește copilul ;
- somnul devine profund.



Figura 10. Elemente de masaj la sugar.

Masajul cu ulei este practic universal în Asia și este o procedură a toaletei cotidiene ce permite de a fortifica proprietățile de barieră a pielii.

STĂRILE TRANZITORII ALE NOU-NĂSCUTULUI

Stările ce reflectă procesul de adaptare a nou-născutului la noile condiții de viață extrauterină se numesc stări limitrofe, tranzitorii sau stări fiziologice ale nou-născuților. Aceste stări apar la naștere sau imediat după naștere. Se numesc limitrofe deoarece se află la limita dintre două stări ale vieții (intrauterină și extrauterină). Nu toate stările limitrofe se dezvoltă la fiecare nou-născut, unele din ele se instalează doar la prematuri.

Multe stări limitrofe prezintă doar fenomene de laborator sau reacții ce nu au manifestări clinice dar ele trebuie cunoscute, deoarece pot prezenta o predispunere pentru unele stări patologice. La sfârșitul perioadei de nou-născut stările tranzitorii dispar. Durata acestor stări variază timp de 2 la 3 săptămâni, iar la prematuri și mai mult.

1. Schimbările tranzitorii ale tegumentelor – se observă practic la toți nou-născuții în prima săptămână de viață:

- *Eritem simplu* – reacție a pielii ce apare după înlăturarea *vernix caseosa*, este mai intens la a doua zi și dispare la sfârșitul săptămânii a doua;
- *Descuamarea fiziologică a pielii* – apare la a 3-5-a zi, mai frecvent pe piept și pe abdomen, este caracteristică de obicei pentru supramaturi;
- *Bosa serosangvină* – reprezintă un edem al părții prezentate, care dispare peste 1-2 zile;
- *Icterus fiziologic* – apare de obicei în ziua a 2-3 de viață, doar la 60-70% de nou-născuți;

Cauza: dezagregarea intensă a eritrocitelor, funcția fermentativă scăzută a ficatului.

Starea generală a copilului este bună, tegumentele sunt de o culoare galben-icterică. Fecalele își păstrează culoarea normală, urina nu conține pigmenți biliari. Ficatul și splina nu sunt mărite.

2. Pierderea tranzitorie a masei corporale

Cauzele: deficitul laptelui matern, dispariția edemelor, eliminarea meconiului, urinei etc. Pierderea maximă a masei corporale se înregistrează de obicei la a 3-4 zi și variază de la 3% la 9%. Pierderea mai mare de 10% pledează în favoarea unei patologii.

Restabilirea masei corporale are loc în ziua a 6-7 la 50% de copii.

3. Crizele genitale

Includ următoarele stări ce apar la 60-70% din nou-născuți (mai frecvent la fetițe): tumefierea glandelor mamare, vulvovaginita descuamatorie, hemoragii vaginale, hiperpigmentația pielii în jurul mameloanelor și a scrotului la băieți, edemul organelor sexuale externe, milia.

Cauza: trecerea hormonilor estrogeni de la mamă la făt în perioada intrauterină.

- a) *Tumefierea glandelor mamare (mastopatia fiziologică)* – începe la a 3-4 zi de viață. Glandele mamare se tumefiează de obicei simetric, gradul măririi lor poate fi de 1,5-2cm. Pielea de asupra glandelor nu este modificată. Din glande pot fi eliminări asemănătoare cu colostrul.

- b) *Vulvovaginita descuamativă* – din fanta genitală apar eliminări de culoare alb-surie, uneori sangvinolente (5-10% din fete). Peste 2-3 zile eliminările dispar, tratament nu necesită.
- c) *Edemul organelor sexuale externe* – apare mai frecvent la băieți. Durează 1-2 săptămâni, tratament nu necesită.
- d) *Milia* – apare din cauza secreției excesive a glandelor sebacee. Se caracterizează prin apariția pe obrăjori, pe aripile nazale a unor formațiuni punctiforme de culoare alb-gălbuie. Spre sfârșitul primei săptămâni ele dispar.

4. Infarctul acidouric

Este o stare de tranziție a sistemului excretor. Apare în prima săptămână de viață la 25-30% de nou-născuți. Urina este de o culoare galben-cărămizie, netransparentă, lasă pe scutec halou colorat. La sfârșitul săptămânii aceste modificări dispar. Cauza: eliminarea excesivă cu urina a acidului uric sub formă de cristale.

Dacă modificările din partea urinei se păstrează în săptămâna a doua, ele pot indica o patologie a copilului.

5. Catarul tranzitoriu al intestinelor – tulburări de scaun

Apar la toți nou-născuții.

- a) *meconiul* – o masă densă, vâscoasă de culoare verde-măslinie ce se elimină în primele 2-3 zile de viață. El prezintă secrețiile tubului digestiv acumulate în perioada intrauterină.
- b) *scaunul tranzitoriu* – apare în ziua a 3-4 după naștere. Prezintă un scaun frecvent, neomogen, cu mult mucus și ghemulețe albe (acizi grași nedigerati), de o culoare galben-verzuie. El se păstrează 1-2 săptămâni.

ALIMENTAȚIA NOU-NĂSCUTULUI ÎN MATERNITATE ȘI LA DOMICILIU

În cadrul Maternității Prietenoase Familiei trebuie respectați cei 10 pași ai unei alăptări cu succes (vezi tema *Alimentația naturală*).

Copilul alăptat la sîn va pierde nu mai mult de 7% din greutatea corpului, își va restabili mai rapid greutatea inițială, va adăuga în greutate 120-240 g/săptămână. Mama copilului va cunoaște bine semnele alăptării efective, va răspunde adecvat la problemele legate de alăptare, își va recupera sănătatea mai repede.

În situația când mama urmează un tratament medicamentos, medicul va decide continuarea alăptării la sîn.

- Se ia în considerare faptul că majoritatea medicamentelor administrate mamei trec în lapte într-o concentrație 1% și doar foarte puține medicamente administrate mamelor sînt contraindicate în timpul alăptării.
- *Alăptarea este contraindicată în cazul administrării medicamentelor anticanceroase și anticonvulsivante, antidiabetice, anti HIV, substanțelor radioactive!* În cazul utilizării de medicamente psihotrope alăptarea se continuă. Se folosesc pe cât e posibil, medicamente alternative în caz de necesitate de a administra: cloramfenicol, tetraciline, metronidazol, sulfanilamide, cotrimoxazol, contraceptive cu estrogeni, diuretice.
- Se învață părinții să evalueze la copil semnele de pericol, cînd trebuie să solicite ajutor imediat privind alăptarea.
- Alăptarea este contraindicată copiilor de la mame infectate cu HIV, tuberculoză.

- Infecția cu hepatită virală B și C nu constituie contraindicații pentru alăptarea la sân.
- În caz de viroză se permite alăptarea la sân, îmbrăcând masca de protecție (fig. 11).



Figura 11. Alăptarea copilului în caz de viroză.

Indicațiile privind introducerea suplimentelor alimentare:

- Sugarii ale căror mame sînt grav bolnave (psihoze, șoc);
- Sugarii mamelor cu tuberculoză în cazul inițierii tratamentului;
- Sugarii mamelor cu statutul HIV-pozitiv;
- Sugarii cu unele dereglări înnăscute ale metabolismului (galactozemie);

Mama trebuie ajutată pentru a găsi o poziție corectă în timpul alăptării copilului. Poziționarea corectă la sân minimalizează fisurarea, tumefierea și traumatizarea sînului.

Cauzele poziției incorecte:

- Utilizarea biberonului;
- Mamă fără experiență;
- Dificultăți funcționale: copil mic și obosit, sîni angorjați, etc.
- Cadre medicale neinstruite în promovarea alăptării.

Cum ajutăm mama să-și sporească secreția lactată:

- Verificați dacă mama mănîncă și bea lichide în cantități suficiente;
- Recomandați, numai în situații foarte dificile, medicamente care măresc secreția lactată (dorpromazina sau metoclopramid);

Dacă alimentația la sân încetează:	Dacă alăptarea continuă:
<ul style="list-style-type: none"> • Sugarul <ul style="list-style-type: none"> - primește mai puțină hrană; - pierde în greutate; - necesită mai mult timp pentru însănătoșire; - este lipsit de plăcerea suptului; • secreția lactată la mamă scade; 	<ul style="list-style-type: none"> • Sugarul <ul style="list-style-type: none"> - este mai bine hrănit; - crește în greutate; - se tratează mai repede; - suptul îl reconfortează; • continuă secreția de lapte la mamă; • facilitează relația mamă-copil.

- copilul poate refuza suptul.

Cum putem contribui la realizarea alăptării atunci când sugarul este bolnav

Dacă sugarul	Ajutați mama
<i>suge mai puțin decât înainte</i>	<i>să alimenteze mai frecvent</i>
<i>nu poate să sugă sau refuză sânul</i>	<i>Să stoarcă laptele și să-l ofere cu cănița sau prin gavaj</i>
<i>nu poate primi alimentație enteral</i>	<i>să stoarcă laptele din 3 în 3 ore pentru a menține un nivel crescut al secreției lactate</i>
<i>este în convalescență</i>	<i>să înceapă din nou alimentația la sân, să alăpteze mai des pentru a spori secreția</i>

Cum se păstrează laptele colectat?

Laptele colectat se poate păstra în următoarele condiții:

- La temperatura camerei colostrul și laptele matern timp de 2-6 ore;
- La frigider – până la 12 ore.

La externarea nou-născutului se iau în considerare următoarele criterii ce țin de alăptare:

- Stabilirea unei alăptări eficiente (poziționare și aplicare corectă la sân, supt eficient);
- Capacitatea părinților de a identifica semnele precoce ale alimentării insuficiente;
- La momentul externării scăderea greutateii sugarului nu depășește 7% din greutatea la naștere;
- Starea satisfăcătoare a sănătății mamei.

NOU-NĂSCUTUL PREMATUR

Deoarece 70-75% din rata mortalității o constituie prematurii sarcina lucrătorilor medicali constă în prevenirea nașterilor nou-născuților înainte de termen.

Greutatea la naștere este determinată de 2 factori: vârsta de gestație și creșterea intrauterină.

Nou-născuții cu greutate mică la naștere (GMN) și cu retard de dezvoltare inrauterină (RDIU) trebuie să fie clasificați în dependență de greutate și vârsta lor de gestație. Cu ajutorul unui grafic pe care greutatea la naștere este reprezentată în dependență de vârsta de gestație, pot fi descoperiți copiii cu GMN, care au crescut corespunzător vârstei lor de gestație, dar care s-au născut prematur și, respectiv, copiii care sunt prea mici pentru vârsta lor de gestație (MVG).

- **Conform OMS copilul prematur se consideră copilul născut viu, pînă la termenul sarcinii de 37 săptămîni, mai puțin de 258 de zile.**
- **Copilul cu masa mică la naștere** – Nou-născutul cu masa mai mică de 2500g la termenul de gestație normal.
- **Copilul cu masa foarte mică la naștere** – masa corporală este mai mică de 1500g.

- **Copilul cu masa extrem de mică la naștere** – sunt nou-născuții cu masa mai mică de 1000 g.

Gradele prematurității

Copii prematuri	Masa (g)	Vârsta gestațională
Gr. I	2500-2001	36-34 săptămîni
Gr. II	2000-1501	34-30 săptămîni
Gr. III	1500-1001	30-28 săptămîni
Gr. IV	sub 1000g	sub 28 săptămîni

Factori de risc ai nașterii copiilor prematuri și cu greutate mică la naștere

I. Factorii de risc de origine socială și familială

- Nivelul social scăzut
- Boli profesionale ale părinților
- Carențe alimentare
- Toxicomanii ale părinților (alcoolism, tabacism, narcomania, cofemania etc.)

II. Factorii de risc legați de mamă

- Numărul gestației.
- Sterilitatea înaintea sarcinii actuale.
- Avorturi spontane în antecedentele mamei.
- Hipertensiunea arterială mai mare de 140/90 mm ai coloanei de mercur.
- Masa mamei pînă la graviditate mai mică de 50 kg.
- Disfuncții hormonale.
- Cardiopatii decompensate.
- Disgravidia hipertensivă și edematoasă (gestozele și eclampsie)
- Iritabilitatea uterină.
- Hemoragii vaginale în timpul sarcinii.
- Anomalii obstetricale în antecedentele mamei (anomalii uterine, incompetența cervico-istmică).
- Maladii infecțioase (tuberculoza, toxoplasmoza, listerioza, bruceloza etc.).

III. Factorii de risc legați predominant de făt

- Prezența anormală ale fătului (poziție orizontală).
- Factorii genetici.
- Maladii cromosomiale.
- Malformații congenitale.
- Disfuncții hormonale.
- Gemelitate.
- Incompatibilitatea sangvină fetomaternală cu formarea antigenilor.

IV. Factorii de risc legați de placentă

- Anomalii morfologice.
- Hipoplazia placentei și detașarea ei.
- Placentă mică cu calcificări.
- Semne anatomice (infarctul placentei, tromboza vaselor ombilicale)

Evaluarea maturității copiilor cu GMN este deosebit de importantă și prezintă interes pentru a putea depista diferențele existente între copiii născuți prematur și cei născuți la termen.

Evaluarea vârstei de gestație poate fi făcută cu ajutorul: a) datelor menstruale ale mamei; b) examenului ecografic; c) evaluării clinice a nou-născutului. Având în vedere că nu întotdeauna dispunem de datele menstruale și că acestea pot fi imprecise, se recomandă a evalua nou-născutul după semnele anatomo-fiziologice.

Caracteristica anatomo- fiziologică a prematurului

Semne morfologice

1. Corpul este neproportional, extremitățile și porțiunea cervicală sunt scurte.
2. Craniul este mare, constituie 1/3 din talie, suturile sunt deschise, oasele sunt moi, flexibile. Sunt deschise fontanele laterale (gr. III-IV).
3. Fața este mică, triunghiulară, cu pielea ridată, cu gura mare, bărbia ascuțită.
4. Gâtul este subțire și pare mai lung.
5. Pielea este roșie, lucioasă, subțire, edemațiată, acoperită cu lanugo pe spate, membre, frunte, obraji, coapse (figura 11.).
6. Stratul adipos este slab dezvoltat, lipsește în gradul III și IV.
7. Pavilioanele urechilor sunt moi, cu țesutul cartilaginos nedevelopat.
8. Organele genitale externe sunt incomplet formate (la fete labiile mari nu acoperă labiile mici, la băieți scrotul este rudimentar, mic, testiculele nu sînt coborîte în scrot).

Particularitățile funcționale ale prematurului

Prematurul este somnolent, hipodinamic, are țipăt slab, tonusul muscular este scăzut, reflexele sunt diminuate sau abolite (sugere și glutiție).

Respirația este neregulată superficială, de tip abdominal, cu crize de apnee. Segmentele inferioare ale plămînilor rămîn slab aerate. Din cauza insuficienței surfactantului, la copiii prematuri sunt posibile atelectazii, pneumonii.

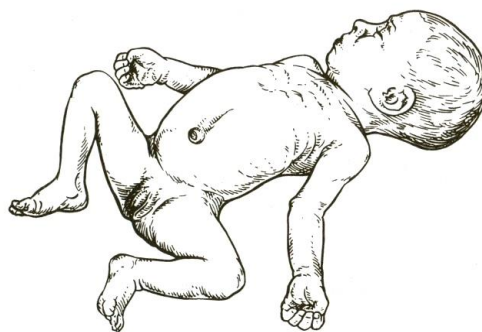


Figura 12. Nou-născutul prematur

Din partea **sistemului cardiovascular** sunt depistate următoarele devieri: TA este foarte joasă 45/20 mm ai coloanei de mercur în primele 10 zile, apoi crește la 70/45. Funcția cardiacă – 120-160 bătăi/min, pulsul este 60 bătăi/min, deaceea membrele sunt reci la palpare, cianotice.

Sistemul digestiv. Suptul și glutiția sunt slab dezvoltate. Cantitatea de salivă secretată este scăzută, de aceea mucoasa bucală este foarte uscată. Musculatura intestinală și cea a peretelui abdominal este slab dezvoltată, ce denotă micșorarea peristaltismului și apariția

constipațiilor. Stomacul prematurului ocupă o poziție mai verticală. Partea cardiacă este mai slab dezvoltată decât cea pilorică, ceea ce explică regurgitațiile frecvente la prematuri.

Este imperfectă și **funcția hepatică**. Depozitul de glicogen din ficat este redus, de aceea la prematuri apare starea de hipoglicemie. De asemenea sunt insuficient secretați factorii de coagulare (protrombina), ceea ce explică apariția la prematuri a sindromului hemoragic, îndeosebi a hemoragiilor intracraniene.

La prematuri este imperfectă și **termoreglarea**. Termoliza predomină asupra termogenezei, adică copilul cedează mai multă căldură decât produce din cauza țesutului adipos subcutanat foarte redus (stratul termoizolator) și rezervelor energetice joase din ficat.

Funcția renală la prematuri deasemenea este imperfectă. Funcția de filtrație este redusă. Capacitatea de concentrație a urinei este joasă, de aceea cu urina se elimină multe săruri de urați, oxalați.

La prematuri este imatur și **sistemul imun**, de aceea receptivitatea la infecții este foarte mare. Maladiile infecțioase au o evoluție foarte gravă cu un pronostic nefavorabil.

Riscurile la care sunt supuși copiii cu GMN

- **dificultățile respiratorii la naștere (asfixia neonatală, perioade apneice, aspirarea meconiului)**
- **hipotermia**
- **hiperbilirubinemia**
- **hipocalcemia**

Măsurile ce trebuie întreprinse în cazul copiilor cu GMN:

- asigurarea protecției termice;
- asigurarea necesităților calorice;
- prevenirea și tratarea hipoglicemiei;
- asigurarea condițiilor de îngrijire igienică;

Particularitățile îngrijirii copiilor prematuri

Crearea condițiilor optime de îngrijire urmăresc combaterea cauzelor ce determină creșterea morbidității și mortalității la prematuri. Prematuritatea de sine stătător nu poate fi cauza decesului copilului viu născut. Cauzele principale de mortalitate a prematurilor sunt: asfixia, traumele natale, hemoragiile intracraniene, viciile congenitale etc.

Pînă la nașterea copilului prematur în sala de naștere sunt create anumite condiții, care au menirea de a proteja copilul:

- temperatura aerului 26-28°C, umiditatea 60%
- se pregătește lenjerie caldă
- masa de resuscitare
- aflux de oxigen
- incubatoare încălzite
- încălzitoare electrice.

Copilul prematur, născut cu masa mai mare de 1800g, starea sănătății satisfăcătoare, reflexele bine dezvoltate este supus toaletei primare la fel ca și copiii sănătoși născuți la termen. Peste 2 ore acești prematuri sunt trecuți împreună cu mama în salonul *mamă – prunc*.

Asigurarea protecției termice

Deoarece copiii cu GMN sunt supuși riscului de hipotermie, lucrătorii medicali vor aplica principiul *Lanțului Cald*, vor utiliza tehnologii noi de menținere a temperaturii adecvate.

Temperatura camerei unde se află un copil cu GMN trebuie să fie 25-28°C. Asemenea

copii nu trebuie scăldați în maternitate, dar spălate regiunile murdare. Pentru ei este importantă respectarea igienei.

Copiii cu GMN trebuie monitorizați zilnic: prin măsurarea t°C, evaluarea respirației (prezența gâfâitului, determinarea frecvenței respirației/min, examinarea cutiei toracice), examinarea la prezența icterului în primele 10 zile de viață.

Se recomandă următoarele metode de protecție termică a copiilor cu GMN:

1. Contactul piele-la-piele (**Metoda Kangaroo**)
2. Saltele umplute cu apă caldă
3. Încălzitoare cu raze (fig. 13 a)
4. Incubatoare încălzite cu aer de tip deschis (fig.13 b) și închis (fig. 15)

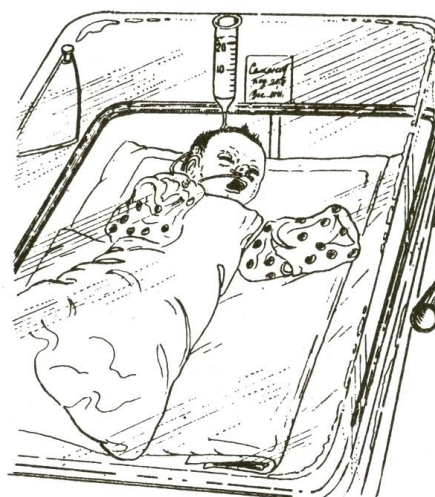
Îngrijirea copilului de tip Cangur este îngrijirea copilului cu GMN, care se află permanent în contactul piele-la-piele cu mama și este alăptat exclusiv.

Contactul piele-piele (Metoda Kangaroo) poate fi utilizată cu succes atât în maternitate, în secțiile de îngrijire continuă a nou-născuților bolnavi și în special a prematurilor, cât și la domiciliu. Mai multe studii au demonstrat siguranța și efectul acestei metode.

Saltelele umplute cu apă, încălzitorii cu raze și incubatoarele încălzite cu aer pot fi folosite numai în condiții de staționar.



a



b

Figura 13. a- Încălzitor cu raze, b –încălzirea prematurului în incubator de tip deschis

Condițiile de aplicare a metodei Kangaroo:

- vârsta de gestație mai mare de 30 săptămâni;
- greutatea la naștere peste 1100 g;
- starea satisfăcătoare a sănătății copilului;
- capacitatea copilului de a suge la copil.

Metoda Kangaroo are efecte benefice asupra sănătății copiilor cu GMN, inclusiv creșterea, adausul ponderal și alăptarea la sân, risc redus al infecției nosocomiale și maladiilor severe.

Metoda poate fi inițiată în spital, curând după ameliorarea stării copilului (adică, copilul nu necesită tratament special, de tipul administrării oxigenului sau a lichidelor intravenos). Procedul, totuși, necesită ca mama să stea împreună cu copilul sau, să se afle lângă el

majoritatea timpului zilei. Pentru aceasta este nevoie de discuții cu mama despre beneficiile metodei și de susținerea ei de către familie pentru prestarea metodei Kangaroo.

Contactul *piele-la-piele* poate fi folosit în timpul unor perioade scurte de timp ca metodă de reîncălzire a copiilor (fig. 14) Copilul este ținut gol între sînii mamei. Între timp mama acoperă copilul cu hainele sale sau cu o plapumă. Copilul va fi îndepărtat de la mamă doar pentru a-i schimba scutecele, a-i face o baie, și a evalua starea generală.



Figura 14. Încălzirea copilului prin metoda *piele-la-piele*

Această metodă se recomandă copiilor cu respirație normală, care nu manifestă semne de apnee. La această metodă de încălzire pot participa și alți membri ai familiei, ca de exemplu tata. Această metodă de încălzire trebuie promovată deoarece ea facilitează suptul, sporește lactația la mamă, menține temperatura constantă, permite monitorizarea bunăstării copilului.

Copiii îngrijiți în acest mod au un somn mai profund, sunt mai vioi, plîng mai puțin, cresc mai rapid în greutate și sunt externati mai repede din maternitate.

Copiii pot fi îngrijiți prin utilizarea metodei de tip Kangur până ce ating greutatea de aproximativ 2,5 kg sau vârsta de 40 săptămâni de dezvoltare.

Avantajele utilizării incubatorului

- Asigură un mediu curat, cald, cu monitoringul temperaturii, umidității și aprovizionarea cu oxigen;
- Asigură confortul termic, datorită controlului strict și exact al temperaturii, umidității și oxigenului;

- Incubatoarele sunt utilizate în îngrijirea copiilor prematuri, celor cu greutate mică la naștere și cu diferite patologii cu implicarea asupra menținerii temperaturii optime a corpului;

Temperaturile recomandate pentru incubator

Greutatea nou-născutului	Temperatura incubatorului în funcție de vârsta nou-născutului			
	35°C	34°C	33°C	32°C
Mai mică de 1,5 kg	De la 1 până la 10 zile de viață	De la 11 zile până la 3 săptămâni de viață	De la 3 până la 5 săptămâni de viață	Mai mare de 5 săptămâni
1,5 kg până la 2,0 kg		De la 1 până la 10 zile de viață	De la 11 zile până la 4 săptămâni de viață	Mai mare de 4 săptămâni
2,1 kg până la 2,5 kg		De la 1 până la 2 zile de viață	De la 3 zile până la 3 săptămâni de viață	Mai mare de 3 săptămâni
Mai mare de 2,5 kg			De la 1 până la 2 zile de viață	Mai mare de 2 zile

Prematurul poate fi transferat din incubator în pătuțul – termofoar dacă suportă constant temperatura în incubator de 28-29°C și atinge masa corporală 1800g și mai mult. Capacitățile termoreglării la prematuri sunt controlate la fiecare 3 zile.

Prematurii cu masa corporală mai mare de 1800g pot fi încălziți și cu ajutorul termofoarelor.

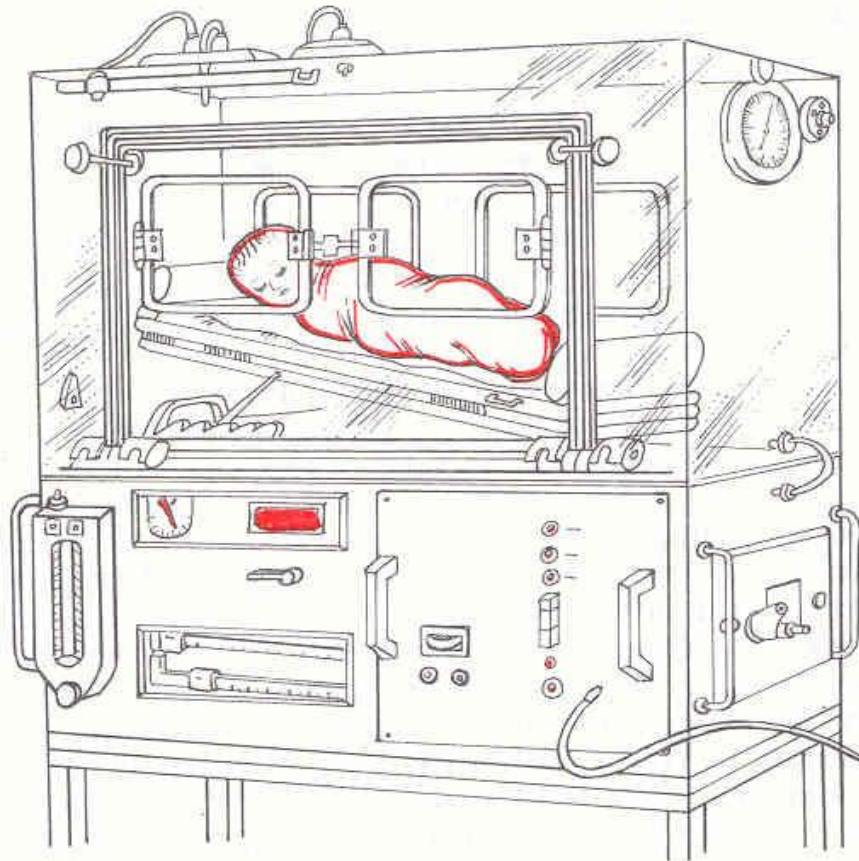


Figura 15. Încălzirea copilului în incubatorul de tip închis

Principiile generale de alimentare a copiilor prematuri și cu GMN

Copilul mic trebuie să sugă frecvent, atât ziua cât și noaptea. Copilul cu GMN sau prematur trebuie pus la sân de 8-12 ori în 24 ore, pentru 20-30 minute la fiecare sân. În mod ideal, *copilul ar trebui să doarmă cu mama, astfel încât să se poată hrăni atunci când simte această necesitate.*

Alăptarea la sân fără restricții scade incidența icterului, stabilizează nivelul glucozei, reduce pierderea greutatei corpului și sporește adausul ponderal, sporește durata alăptării, stimulează lactogeneza.

Copiii cu GMN deseori prezintă dificultăți de alimentare, deoarece ei pur și simplu nu sunt suficient de maturi pentru a se alimenta adecvat. Abilitatea de a se alimenta adecvat se dezvoltă de obicei către 34–35 săptămâni postmenstruale. Până atunci sunt necesare eforturi substanțiale pentru a asigura alimentarea satisfăcătoare.

Principiile consilierii mamei pe parcursul acestei perioade dificile

- Explicați mamei că alăptarea este deosebit de importantă pentru copiii cu GMN, dezvoltarea abilității de alăptare poate necesita mai mult timp;
- Mamei se explică că un copil cu GMN obosește repede în timpul suptului și poate să adoarmă la sân ;
- Mama trebuie să țină copilul la piept cât mai mult timp și să permită pauze îndelungate între supt, explicați mamei că alăptarea va deveni mai ușoară odată cu progresarea în creștere a copilului ;
- Mama trebuie să urmeze principiile generale ale alăptării exclusive ;
- Dacă copilul nu ia piept satisfăcător pentru a primi volumul de lapte adecvat, încurajați mama să stoarcă laptele chiar în gurița copilului sau în cană cu hrănirea lui ulterioară;

- Dacă adausul ponderal al copilului nu este adecvat ($< 15\text{g/kg}$ masă corp pe zi timp de 3 zile), atunci mama trebuie să stoarcă laptele în două căni diferite. Ea trebuie să hrănească copilul inițial cu conținutul din cana a doua, care conține o cantitate mai mare de lapte bogat în grăsimi, și apoi să suplimenteze cantitatea necesară din prima cană.
- Dacă copilul are reflexul de sugere nedevoltat, vomită frecvent, are episoade de apnee, se alimentează prin sonda gastrică și cu administrarea infuziilor IV.

Volumele de alimente și lichide la copiii cu GMN

Copiii cu GMN necesită volume variate de alimente și lichide, în dependență de starea și greutatea lor. Mai jos sunt prezentate volumele zilnice necesare de lichide și alimente pentru copiii cu GMN fără patologie majoră care pot fi supravegheați de medicul de familie în condiții de domiciliu.

- Dacă greutatea copilului este de 1,75-2,5 kg, atunci permiteți copilului să înceapă alăptarea. Dacă copilul nu poate fi alăptat, atunci administrați-i lapte stors, utilizând o metodă alternativă.
- Dacă greutatea copilului este de 1,5-1,7 kg, atunci copilului i se administrează lapte stors, utilizând metoda alternativă de alimentare (cană, linguriță) peste fiecare trei ore, până copilul va fi apt să se alăpteze.
- Dacă greutatea copilului este de 1,2-1,4 kg, atunci copilului i se administrează lapte stors prin sonda gastrică peste fiecare trei ore, corespunzător. Ulterior se recurge la progresare prin alimentarea cu cana / lingura de curând ce copilul poate înghiți, fără ca să prezinte tuse sau să scuipe.

Volumul de lapte matern pentru un copil cu greutatea $<1,25\text{-}1,75$ kg fără patologie majoră (ml/hrană)

Vârsta copilului (în zile de viață)	1,5-1,749 kg	1,25-1,49 kg	$<1,25$ kg
1	12	10	0
2	18	15	0
3	22	18	3
4	26	22	5
5	30	26	8
6	33	28	11
7	35	30	15

Volumul de lapte se administrează la copiii cu greutatea 1,75-1,25 kg peste fiecare trei ore, iar celor cu greutatea $<1,25$ kg fiecare 2 ore

- Copiii cu greutatea $<1,25$ kg în maternitate nu se alimentează enteral primele 2 zile de viață, în acest timp ei primesc lichide doar IV. Dacă starea copilului încă nu este stabilă, începând cu ziua a treia sau mai târziu, se administrează lapte stors prin sonda gastrică peste fiecare două ore cu micșorarea treptată a volumului lichidelor IV și cu majorarea volumului hranei per os. Ulterior se progresează prin alimentarea cu cana / lingura de curând ce copilul poate înghiți, fără ca să prezinte tuse sau să scuipe.

Dacă adausul ponderal nu este adecvat ($< 15\text{g/kg/zi}$ timp de trei zile) volumul de lapte se mărește până la 200 ml/kg/zi ;

De la a 3-a zi de viață pînă la a 14-a zi, volumul de lapte necesar poate fi calculat și prin **metoda Romeli**:

$$L = (10 + n) \times \text{fiecare sută de gr din masa copilului.}$$

n - vîrsta copilului în zile.

De la vîrsta de 2 săptămîni volumul de lapte necesar se calculează prin **metoda volumetrică** (vezi alimentația naturală).

Cantitatea de lapte poate fi calculată și prin **metoda calorică**:

Necesarul în calorii:

1- 3zi	– 30-60 kkal/kg/zi.
4 – 10zi	– 70-80 kkal/kg/zi.
10- 14zi	– 100-120 kkal/kg/zi.
14zi- 1lună	– 135-140 kkal/kg/zi.
1-2 luni	– 130-140 kkal/kg/zi.
3-5 luni	– 130 kkal/kg/zi.

Imunizarea

Copiii prematuri și cu GMN li se permite imunizarea cu vaccinul HVB și BCG cînd ating masa de 2500 g.

Condițiile externării copilului prematur și GMN

- **Copilul respiră fără dificultăți și nu are alte probleme care nu pot fi menajate la domiciliu;**
- **Temperatura corpului se menține în limitele $36,5 - 37,5^\circ\text{C}$;**
- **Mama are abilități de a îngriji copilul;**
- **Copilul sugă bine la sân;**

Activitatea specialistului medical cu privire la îngrijirea prematurului la domiciliu

Obiectivele vizitei la domiciliu

- **Aprecierea stării sănătății nou-născutului;**
- **Aprecierea sănătății mamei;**
- **Aprecierea condițiilor habituale;**
- **Instruirea membrilor familiei cu privire la îngrijirea sugarului, alimentația, utilizarea metodelor de călire;**

Problemele ce-i deranjează pe părinți

- **Starea sănătății prematurului;**
- **Sentimente de neliniște pentru viitorul prematurului;**
- **Cunoștințe insuficiente despre îngrijirea copilului;**

Recomandări

- **Respectarea de către mamă a unui regim corect al zilei (somn suficient, plimbări la aer liber, evitarea stresurilor, etc.);**

- Alimentarea echilibrată a mamei (folosirea zilnică a 0,5-1,0 litri de lichide);
- Alimentarea nou-născutului conform unui regim liber (inclusiv alăptarea nocturnă);
- În cazul hipogalactiei la mamă de administrat amestecuri adaptate cu lingurița în mod progresiv;

IGIENA COPILULUI

Părinții/îngrijitorii copiilor trebuie să le cultive deprinderi igienice și de comportament civilizat. Din primele luni e necesar să formăm copilului o atitudine pozitivă față de curățenie și negativă – față de murdărie. Întreținând întotdeauna curate toate obiectele de îngrijire a copilului îl vom deprinde să păstreze curățenia. Micuțul imită totul ce vede în jur, de aceea adulții sunt datori să-i servească, respectând regulile de igienă personală. Conform recomandărilor copiii ar trebui să aibă camera sa, în lipsa acesteia ar fi necesară cel puțin asigurarea copilului cu pat separat și cu un ungheraș special amenajat pentru joc.

Copiii trebuie să fie asigurați de la naștere cu toate obiectele necesare de îngrijire personală. Aceste obiecte se recomandă să fie individuale.

Studiul efectuat în Republica Moldova în anii 2002-2003 privind cunoștințele, atitudinile și practicile (CAP) familiilor în problema îngrijirii copiilor în vârstă de până la 7 ani a scos în evidență printre alte probleme și deficiențe de îngrijire și igienă a copiilor. Dintre acestea pot fi menționate următoarele rezultate:

• Asigurarea intimității copiilor

Datele studiului despre asigurarea cu intimitate arată:

Mediul de reședință	Cameră aparte	Pat	Spațiu pentru joacă
	%	%	%
Orașe	26,3	62,4	63
Sate	12,2	34,2	42,3
Total	17,9	45,6	49,9

Conform rezultatelor, copiii care nu au pat separat mai frecvent dorm cu mamele lor (47,5%), frații și surorile (35,5%) și rareori, cu bunicii (9%), tații (4%), etc.

• Asigurarea cu obiecte de igienă

Datele studiului CAP arată că asigurarea copiilor cu obiecte de igienă personală este nesatisfăcătoare, mai ales pentru copiii din mediul rural și cei din familii defavorizate.

În lume, mai mult de jumătate din bolile și decesele în rândul copiilor mici sunt cauzate de microbi ce ajung în gura copilului prin alimente, apă sau mâini murdare. O simplă spălare pe mâini cu săpun permite micșorarea de 100 de ori a numărului de salmonele, în șase cazuri din șapte evită transmiterea dizenteriei în mediul familial (UNICEF). Din păcate, spălarea pe mâini după viceu sau înainte de masă, are tendința de a fi uitată atât printre copii, cât și de către adulți.

În Republica Moldova letalitatea copiilor prin diaree, în ultimii ani a scăzut considerabil datorită implementării de către Ministerul Sănătății cu susținerea UNICEF a programului *Conduita Integrată a Maladiilor la Copii*.

Totodată, în timp ce bolile infecțioase, parazitare și intoxicațiile se numără printre principalele cauze de morbiditate ale copiilor din Republica Moldova, studiul CAP constată, că numai nouă copii din zece au acasă săpun, doar o treime dintre copii se spală pe mâini la robinet. Astfel, condițiile inadecvate pentru spălătul pe mâini nu pot împiedica transmiterea microbilor și, prin urmare nu se poate obține o reducere semnificativă a numărului de îmbolnăviri și chiar decese. **Spălătul pe dinți**

Spălătul pe dinți este o condiție obligatorie pentru asigurarea sănătății copiilor. În Republica Moldova doar cinci copii dintr-o sută au inițiat igiena cavității bucale la o vârstă cuprinsă între un an și doi, iar 17 dintr-o sută – după ce au împlinit trei ani, 60% din numărul total al copiilor de 0-7ani nu se spală pe dinți. În familiile în care părinții sau îngrijitorii de copii au studii superioare, aproape jumătate din copii (48%) nu au această deprindere necesară, iar în familiile cu părinți fără studii – nici un copil nu se spală pe dinți. În același timp, 46% dintre familiile cu copii de 1-7 ani sunt asigurate cu pastă de dinți.

- **Îmbăierea copiilor și schimbarea lenjeriei de pat și de corp**

Analiza datelor cu privire la îmbăierea copiilor a demonstrat, că atât copiii din sate, cât și cei din orașe sunt scâlțați în 50% cazuri o dată pe săptămână, în 46,7% cazuri ei sunt scâlțați mai frecvent decât o dată pe săptămână și în 3,3%, în special la sate – mai rar decât o dată pe săptămână.

- **Înfășarea copiilor**

La noi în republică practicile de infășare a copiilor sunt destul de răspândite, conform datelor studiului CAP 90% din copii au fost infășați în primele luni după naștere.

Analizând cauzele infășatului copiilor s-a constatat, că mamele au infășat copiii din următoarele motive:

- au fost sfătuite de rude, prieteni – 39,1%;
- le-a recomandat medicul – 10,1%;
- pentru ca copilul să fie cu picioarele drepte – 33,5%;
- pentru un somn liniștit al copilului – 40,5%;

- **Asigurarea copiilor cu pampers-uri**

Practica de utilizare a pampers-urilor a fost studiată pentru copiii sub trei ani. Analiza datelor demonstrează, că 73% familii în mediu utilizează pampers, mai frecvent la orașe față de sate cu o diferență de 29%.

- **Asigurarea copiilor cu oliță**

Conform datelor studiului CAP cu oliță sunt asigurați 66,4% copii din mediul urban și 55% din rural.

- Asigurarea copiilor cu oliță și hârtie igienică este mai bună pentru copiii din mediul urban, din familiile cu un nivel de bunăstare mai înalt, cu părinți cu o instruire superioară;
- Copiii încep să utilizeze oliță și să se ceară în funcție de vârstă, ca regulă după 12-15 luni;
- În sate și în familiile mai sărace o oliță este utilizată de mai mulți copii;

Sfaturi oferite părinților cu privire la îngrijirea nou-născutului și sugarului

Îngrijirea unui nou-născut necesită un mare efort. Mama revenită de la maternitate este obosită și slăbită. Ar fi bine ca o parte din grijile legate de copil să fie preluate de către soț, mai ales că sugarul are nevoie și de atenția tatălui, acest lucru îi dă mai multă siguranță. Un tată poate învăța la fel de bine să-i facă baie, să-i schimbe un scutec, să-l aline când plânge atât ziua, cât și noaptea. Deseori mamele au depresii postnatale – devin apatice și nervoase. Respectiv, au nevoie și ele de sprijin. Liniștea în familie este absolut necesară pentru mamă și micuț. La aceasta vor contribui și vizitele medicului de familie și ale asistentei medicale.

În viața copilului prima lună e cea mai de răspundere. După naștere organismul lui se adaptează la noile condiții de existență. La vârsta aceasta funcțiile organismului și imunitatea încă nu sunt desăvârșite, ceea ce face ca pruncul să fie vulnerabil, sensibil la cele mai mici schimbări ale mediului. De aceea, după externarea din maternitate e nevoie să creăm nou-născutului condițiile cele mai favorabile și să facilităm la maximum procesele de adaptare.

Organismul nou-născutului este extrem de sensibil la infecții, în special pielea și mucoasele. Prin fisuri minuscule microbii pot pătrunde cu ușurință în organismul copilului. Păstrarea strictă a curățeniei devine astfel o condiție obligatorie a îngrijirii. Aerul, îmbrăcămintea, alimentele, mobila, obiectele cu care vine în contact copilul – toate trebuie să fie de o curățenie exemplară.

Famiile vor fi sfătuite să pregătească mai bine locuința și toate cele necesare pentru copil. Pe lângă aceasta, gravida va fi vizitată la domiciliu de către asistenta medicală, care va lua cunoștință de condițiile de trai și oferi toate sfaturile necesare.

Amenajarea și igiena spațiului nou-născutului și sugarului

Copilul trebuie să aibă camera sa sau un spațiu amenajat. Odaia, în care se află copilul va fi luminoasă, aerisită, caldă. De pe pervaz urmează a fi luate florile și vasele, vor fi bine spălate geamurile și podeaua, obiectele de prisos și cele ce absorb praful vor fi scoase. Este important unde este așezat patul copilului. Patul va fi așezat în așa fel încât vara în timpul somnului copilul să nu se supraîncălzească la soare, iar iarna să poată dormi cu ferestruica deschisă. Se va evita plasarea lui în vecinătatea surselor de încălzire (calorifer, sobă, cămin), lângă ușă și geamuri. Astfel bebelușul va fi protejat de supraîncălzire și suprarăcire.

Din primele zile copilul trebuie să aibă patul său, preferabil din metal sau lemn vopsit, ușor de spălat. Picioarele patului trebuie să fie de circa 80cm, iar lățimea de minimum 60-65cm. Înălțimea pereților pătucului nu trebuie să fie mai joasă de nivelul toracelui copilului de un an (aproximativ 60 cm.), pentru ca el să nu cadă. Este interzis ca nou-născutul să doarmă în același pat cu adulții sau cu alți copii. Patul nu poate fi înlocuit cu cărucior, deoarece aduce praful din stradă, iar pereții lui nu lasă să pătrundă aerul.

Nou-născutul va fi culcat pe spate, sau puțin pe o parte. Nu se recomandă de culcat copilul mereu pe aceeași parte. Pe lângă înfășatul strâns, culcarea copilului cu fața în jos, în special când acesta are febră, reprezintă un risc major pentru viața lui, care se poate solda cu moartea subită a sugarului.

Patul va avea o saltea tare, pentru ca spatele micuțului să fie drept, pentru a preveni deformarea coloanei vertebrale. Salteaua poate fi confecționată și umplută cu silicon sau parolon. Nu se recomandă să folosim pentru saltea bumbac, puf sau pene, deoarece acestea provoacă supraîncălzirea copilului. Nou-născutul este plasat în pătuc fără pernă, copilului prematur sub cap și umeri i se pune o pernă densă nu înaltă.

Salteaua se acoperă cu un cearșaf curat, dar pentru a fi protejată, în cazul în care nu se folosește pampersul, peste cearșaf se pune o mușama sau o peliculă din plastic, care se

acoperă cu un scutec. Nou-născutul are nevoie de trei învelitori: o plapumă ușoară (de finet sau molton), una caldă (de lână), iar pentru plimbările pe timp de iarnă – o plapumă matlasată. Plapuma se îmbracă în cearșaf de plapumă.

Lenjeria de pat se va întreține în curățenie. Patul se șterge zilnic cu o cârpă umedă. Camera copilului trebuie întreținută în curățenie și dereticată umed zilnic. Praful de pe obiecte se șterge cu o cârpă umedă, iar podeaua se spală. Nu se recomandă ca podeaua să fie măturată

Nu se admit oscilațiile bruște de temperatură în cameră pe parcursul zilei sau a nopții, întrucât nou-născutul este extrem de sensibil la asemenea schimbări. În primele săptămâni temperatura în cameră trebuie să fie circa 22-23°C, pentru copiii prematuri temperatura aerului în cameră va fi de 24-25°C, iar la copiii mai mari – de 18°C. În camera copilului nu se permite a fuma, a usca rufe sau a prepara mâncare, a se afla animale.

Curățenia se va respecta în casă și în curte.

Nerespectarea regulilor de igienă individuală de către persoanele aflate în contact cu nou-născutul îi poate cauza diferite boli infecțioase. De aceea îngrijitorul se va atinge de copil numai cu mâinile curate, unghiile vor fi tăiate scurt, în scopul evitării leziunilor pielii. Mâinile se spală cu apă caldă și săpun, fiind săpunate de 2 ori și șterse numai cu un prosop curat și călcat. Cei ce îngrijesc de copil poartă lenjerie și haine curate.

Obiectele necesare pentru îngrijirea nou-născutului și sugarului

Pentru îngrijirea nou-născutului și sugarului sunt necesare un șir de obiecte curate:

- ulei de vaselină sau ulei vegetal steril;
- bumbac;
- foarfece;
- pipete (2-3);
- termometru pentru măsurarea temperaturii corporale;
- termometru pentru măsurarea temperaturii apei;
- pară de cauciuc pentru clister;
- tub de evacuare a gazelor;

Îmbrăcămintea nou-născutului și sugarului

O mamă modernă și practică nu ține seama de superstiții. Ea pregătește din timp trusoul (zestrea) copilului (Fig. 16). Setul de hăinuțe pentru nou-născut include:

- 10 scutece de bumbac (70 x 100 cm);
- 5 scutece flaușate (70 x 100 cm);
- mușama/peliculă (60 x 60 cm);
- cearșaf – 4-6;
- maiouri de bumbac sau tricotaj 6-8;
- costume din bumbac tricotate, flaușate 10;
- costume din lână – 2;
- combinezoane – 4-6;
- chiloței absorbanți (pampers);
- șervețele igienice umede;
- 2-3 prosoape de baie;

Rolul principal al îmbrăcămintei nou-născutului este de a-i ține cald și a nu-l incomoda, permițându-i să-și păstreze poziția fiziologică. Se recomandă a folosi lenjerie confecționată din fibre naturale, ca pielea sugarului să respire. Cel mai bine se potrivesc țesăturile din bumbac: pânza, finetul, madipolonul, citul.

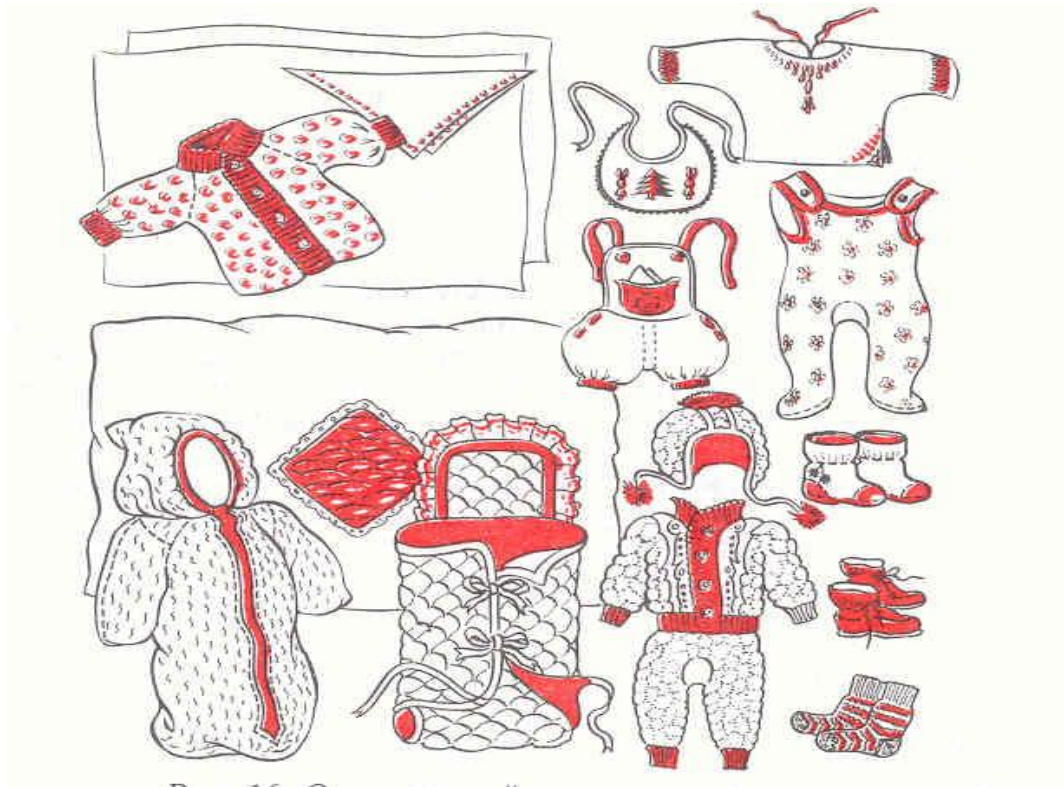


Fig. 16 Setul de hăinuțe pentru sugar

Argumentele privind înfășatul copiilor sugari, valabile o lungă perioadă de timp în mai multe țări în prezent nu mai au valoare. Actualmente pediatrii de pe glob au constatat, că înfășatul poate dăuna creșterii și dezvoltării adecvate a copilului.

Astfel, înfășatul:

- Limitează mișcările membrelor copilului, împiedică relaxarea și stimularea diverselor grupuri de mușchi;
- Împiedică circulația sangvină adecvată, dereglând trofica țesuturilor, precum și termoreglarea;
- Are efect negativ asupra dezvoltării și maturizării continue a articulațiilor coxo-femorale;
- Stagnează dezvoltarea psihică a copilului chiar din primele luni;

Se recomandă ca îmbrăcămintea nou-născutului să fie ușoară și comodă, să nu-l strângă. Croiala și forma ei trebuie să-i dea copilului toată libertatea de mișcare, să-l protejeze de frig și de căldură excesivă. Țesăturile trebuie să fie noi, albe sau de culori deschise. Nu se permite confecționarea cămășuțelor care se trag peste cap, cât și a celor prevăzute cu nasturi, dispozitive metalice, cusături și șireturi incomode.

Pampers-ul în îngrijirea copilului este folosit din ce în ce mai des. Pampers-ul este, de fapt, un scutec de unica folosință, care ușurează cu mult întreținerea igienică a regiunii genitale a copilului, având mai multe avantaje decât dezavantaje:

- este curat, uscat;
- este confecționat din material conform cerințelor igienice ale sugarului;
- menține pielea copilului uscată;

- permite aerului să pătrundă la piele;
- permite mișcarea liberă a copilului;
- nu dereglează circulația sangvină;
- este favorabil pentru dezvoltarea adecvată a articulațiilor coxo-femorale.

Dezavantajul principal este costul lor, dar, care nu depășește considerabil contravaloarea detergentilor, energiei electrice, muncii cheltuite pentru spălarea și dezinfectarea altor tipuri de scutece.

Pentru scutecele și cearșafurile copilului poate fi folosită și lenjeria veche. Lucrurile noi, înainte de utilizare trebuie să fie spălate și călcate pe o parte și pe alta cu un fier bine încălzit. Obiectele personale ale copilului se păstrează într-un dulap, noptieră sau sertar, aparte de lenjeria adulților. Rufele murdare ale copilului se păstrează și se spală separat de cele ale adulților. Nu se recomandă ca lenjeria să fie scrobită și albăstrită. Vor fi folosite la spălat săpunurile pentru copii sau cele nealcaline, precum și detergenți speciali pentru copii. În prima lună de viață a copilului se recomandă ca după spălare rufe să fie clătite și uscate la soare, apoi călcate. Se interzice folosirea scutece deja folosite, fără a fi spălate, deoarece pot facilita apariția maladiilor de piele.

Pe măsură ce copilul crește, garderoba lui se completează cu pieptărașe de finet, bluzițe, pantalonași de lână, alte hăinuțe de sezon. Se recomandă a îmbrăca copilul conform anotimpului, a nu-l înfășura prea tare, deoarece el transpiră și devine sensibil la boli.

Se recomandă a îmbrăca copilul liber, fără a-l înfășura, chiar din primele zile! Copilul este îmbrăcat în târători, costume sau salopete, lăsând libere capul și brațele. Astfel el respiră mai ușor, se dezvoltă normal, crește independent. Majoritatea părinților folosesc scutece de unică utilizare dar sunt și unii care le preferă pe celelalte. Dacă, totuși copilul este înfășurat, se recomandă ca acesta să fie înfășurat liber! Scutecele re folosibile sunt mai ieftine chiar când se ia în calcul costul spălatului și uscatului și pot fi folosite pentru mai mulți copii dar necesită mai mult efort. Unii părinți optează pentru scutece re folosibile ziua și de unică folosință noaptea.

Baia igienică a nou-născutului și sugarului

Materiale necesare:

- Cadă emailată sau din plastic;
- apă fiartă caldă de temperatura de 37-38° C;
- termometru de apă;
- săpun pentru copii;
- scutec pentru îmbăiere;
- mănușă de molton;
- ulcior cu apă caldă t⁰ 36-37 ° C pentru abluțiune;
- cearșaf de baie;
- cremă pentru copii sau ulei de vaselină/ulei vegetal fiert și răcit;
- lenjerie curată.

O atenție deosebită se va acorda igienei individuale a copilului, îngrijirii pielii, deoarece acestea îi revin în organism funcții de primă importanță. Orice murdărie afectează pielea copilului mai mult decât cea a adultului. Datorită particularităților fiziologice pielea copilului mic este ușor vulnerabilă, predispusă către inflamație, macerare, infectare. Baia curăță pielea și împătează întregul organism.

Prima baie a nou-născutului va fi făcută de tinerii părinți instruiți de asistenta medicală, de preferat, în prezența unor persoane experimentate (de exemplu – bunici).

Este obligatoriu ca copilul să fie scăldat din prima zi de externare din maternitate. Pielea și mucoasa la nou-născut este supusă unei însămânțări bacteriene în timpul nașterii, astfel nimerind și pe pielea ombilicală. Scăldatul precoce și regulat permite de a preveni însămânțarea masivă bacteriană a pielii, mucoaselor și a plăgii ombilicale.

Băița se face înainte de ultima alăptare (Fig.17). Temperatura în odaie unde va fi scăldat sugarul trebuie să fie 24-25°C. Măinile mamei trebuie bine spălate, unghiile tăiate scurt. Pentru a proteja copilul se scot obiectele ce ar putea să-i lezeze pielea: ceas, inele, agrafe, broșe etc. Se pregătește lenjeria pe o masă lângă cadă. Înainte de fiecare îmbăiere cada se spală minuțios cu săpun și se clătește cu apă fierbinte. Pe fundul căzii se așterne un scutec curat, pentru a împiedica alunecarea copilului. Se toarnă apă pregătită (o treime din volumul căzii) apoi cu termometrul se determină temperatura apei. Copilul se dezbracă, se învelește într-un prosop și cu ajutorul unui tampon de vată umezit se șterg ochii și fața.

Persoana, care îmbăiește copilul îmbracă mănușa de baie și cufundă încet copilul în apă. Cu mâna dreaptă îl ține de ceafă și omoplați, cu cea stângă de piciorușe sau fese.



Fig. 17 Baia igienică.

În primele luni ale vieții copilul se cufundă în apă în scutec. Mai întâi se umezesc spatele și picioarele, apoi celelalte părți ale corpului. Dacă copilul este încordat se recomandă de vorbit cu el blînd, dezmierdîndu-l. Cînd copilul s-a obișnuit cu apa, cu mănușa de baie se săpunește capul, apoi gîtul, toracele, membrele superioare și cele inferioare. În continuare se spală spatele, regiunea fesieră și la urmă organele genitale. După îmbăiere copilul se abluționează cu apă din ulcior apoi se scoate din cada, ținîndu-l de fese și de cap. Se învelește în cerșaf, fiind șters prin tamponare, după ce se îmbracă în lenjeria încălzită. Ungem cutele pielii cu cremă sau ulei de vaselină/ulei vegetal, îmbrăcăm copilul în hăinuțe curate. În nici un caz nu se admite folosirea pudrei cosmetice, deoarece plumbul pe care îl conține se poate infiltra în pielea fină a copilului, provocând intoxicație. Durata băii sugarului 5-7 min., după 1 an 8-10 min.

Prima baie igienică se face din prima zi de externare din maternitate la domiciliu. Până la 6 luni copilul se scaldă zilnic, de la 6 luni până la 1 an peste o zi. Nou-născutul la termen este scăldat în apă fiartă pînă la vîrsta de o lună, prematurul pînă la 2-3 luni. Pînă la cicatrizarea plăgii ombilicale, nou-născutul se scaldă în soluție pal-roză de permanganat de potasiu. Săpunul se folosește de 2 ori pe săptămînă.

Îngrijirea pielii și a mucoaselor

O mare importanță pentru sănătatea nou-născutului și sugarului o are buna îngrijire a pielii și a mucoaselor.

Toaleta completă a copilului se efectuează zilnic – dimineața înainte de masă și seara înainte de culcare. O îngrijire deosebită necesită ochii, urechile, nasul și cavitatea bucală. Inițial mama se spală bine pe mâini, după aceasta cu un șervețel de tifon umezit în apă fiartă și răcită șterge fața, gâtul și mâinile copilului, apoi le usucă cu un prosop. Va fi respectată următoarea ordine: mai întâi se spală ochii, urechile, nasul, fața și gâtul copilului, apoi pielea trunchiului și perineul. Fiecare ochi se spală de la unghiul extern spre rădăcina nasului. Conductul auditiv extern nu se curăță, se șterge numai pavilionul urechii, nasul se curăță minuțios cu tampoane din vată răsucite, înmuiate în ulei de vaselină/ulei vegetal și stoarse bine. Apoi se șterg obraji și fruntea, plicile gâtului, fosele axilare. Apoi se usucă cu un șervețel. Se desfac pumnii, se șterg bine palmele și între degete. Regiunea perineului la fetițe se șterge în direcția anterior-posterior. La băieți nu se întinde prepuțul.

La copilul sănătos, nu se recomandă a fi tratată mucoasa cavității bucale, toaleta ei se efectuează numai în cazul unor leziuni (de exemplu mărăgăritărelul). Pentru a preveni apariția mărăgăritărelului se vor întreține în perfectă curățenie mâinile și sânul mamei, lingurile, sticlutele, biberoanele, lenjeria, jucăriile etc.

După fiecare micțiune și fiecare scaun copilului i se face toaleta intimă cu un jet de apă caldă de la robinet. Dacă nu există astfel de posibilitate se va turna apă fiartă într-un lavoar suspendat. Fetițele se apucă de coapsă cu capul sprijinit pe brațul asistentei (mamei) și se spală de la simfiza pubiană spre regiunea anală, astfel prevenind pătrunderea infecției din rect în căile urogenitale. Toaleta intimă la băieți poate fi efectuată și din alte poziții.

Dacă se observă vre-o secreție din fanta genitală, pentru toaletă se va folosi o soluție slab roză de permanganat de potasiu. Urmează tamponarea minuțioasă a pielii cu un scutec moale și cald, după care cutele vor fi unse cu ulei vegetal fiert sau cremă.

Deficiențele de îngrijire, precum și supraîncălzirea provoacă leziuni de intertrigo, de regulă, în plici (după urechi, pe gât, în regiunea axilară, pe fese). La sugari, în special la cei supraponderali, intertrigo-ul apare de cele mai multe ori în plica cotului, sub genunchi și în cutele de la mână. De aceea aceste locuri vor fi spălate mai des cu apă, uscate și tratate cu ulei vegetal steril, prevenindu-se astfel leziunile. Dacă însă intertrigo-ul a apărut, pielea hiperemiată se spală cu apă, apoi se usucă și se șterge ușor cu ulei vegetal steril.

La apariția intertrigo copilul nu va fi lăsat în lenjerie umedă. Se recomandă să fie schimbate mai des scutecele și să se renunțe la mușama. Sunt bine venite băile de aer.

La unii copii, pe cap în jurul fontanelei mari, pe frunte sau pe arcadele supraorbitale se observă scuame grase, sub care se creează condiții favorabile pentru dezvoltarea infecției. În astfel de cazuri locurile afectate se ung cu ulei vegetal fiert, după care scuamele se cojesc cu ușurință, în deosebi după îmbăierea copilului. Nu se recomandă îndepărtarea lor cu ajutorul pieptenelui, deoarece poate fi traumată pielea.

Erupția dentară

La copiii de 5-12 luni, unul dintre indicii dezvoltării normale poate fi considerată erupția dentiției temporare. De obicei, la 5-8 luni la copilul sănătos apar primii dinți incisivii inferiori centrali, la 8-9 luni incisivii superiori centrali și la 12 luni incisivii laterali superiori și inferiori. La sfârșitul primului an de viață copilul sănătos trebuie să aibă 8 dinți.

Erupția dentară prezintă un act fiziologic și nu poate provoca nici un fel de maladii, însă în această perioadă copilul devine adesea capricios și iritabil. La unii copii e posibilă așa numita erupție dentară *dificilă* cu temperatură ridicată, uneori o diaree ușoară și alte simptome. Apariția dinților îi face pe copii mai vulnerabili la infecții. Ea poate provoca manifestări respiratorii ușoare, reacții febrile sau tulburări digestive. Este foarte important să se deosebească manifestările legate de erupția dentară (iritabilitate, obraji roșii, salivație

permanentă, tendința de a mușca și a-și freca gingiile) de cele legate de apariția unei boli. În astfel de situații, pentru siguranța copilului, este necesară consultarea medicului de familie. În perioada erupției copilului i se dă un inel curat din cauciuc, care îi ajută să suporte mai ușor erupția. Nu sunt indicate jucăriile care nu pot fi spălate sau prelucrate cu soluție dezinfectantă (de exemplu cele din blană artificială, de pluș, din stofă etc.).

Recomandări privind îngrijirea copilului de 1-5 ani

Deprinderile igienice reprezintă o componentă de bază în educarea și păstrarea sănătății. Bunele deprinderi se obțin din fragedă copilărie și trebuie să dureze toată viața (Fig.18).

Cu vârsta copiii obțin deprinderi igienice necesare:

- Știu că trebuie să se așeze la masă numai cu mâinile spălate;
- Să se folosească de șervețel și batistă;
- Să se dezbrace singuri, să-și descheie nasturii, să-și desfacă șireturile, să-și scoată îmbrăcămintea (până la 3 - 4 ani copiii vor fi ajutați de adulți);
- Să se îmbrace singuri;
- Să așeze în ordine hainele;
- Să utilizeze olița;
- Să se spele pe dinți;

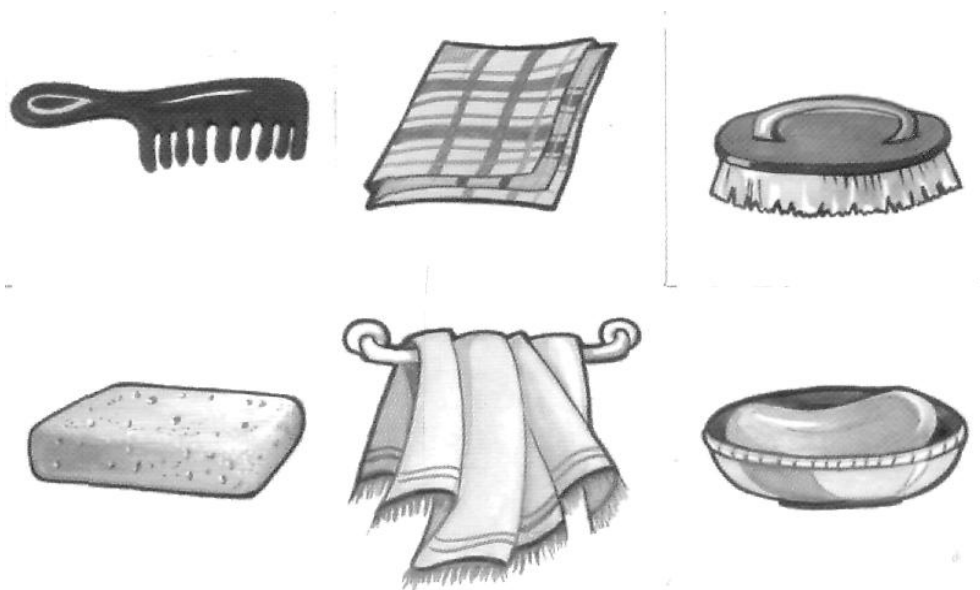


Fig. 18 Obiecte de îngrijire

Copilul va fi obișnuit să se spele, să se îmbrace și să se dezbrace singur de la cea mai fragedă vârstă. De asemenea, i se va cultiva deprinderea să păstreze curățenia, să aibă o ținută îngrijită, i se va forma o atitudine pozitivă față de ceea ce este bun și frumos, și negativă – față de murdarie și neîngrijire.

Toaleta de dimineață și spălarea pe mâini

Dimineața, după ce se trezește, copilul se va scula din pat, lăsarea în pat îl predispune la lene. Dacă trebuie să plece dimineața devreme este bine să fie trezit cu blândețe din timp pentru a reuși să se pregătească.

Spălarea de dimineață trebuie să devină o *plăcere*. Tonul folosit de părinți, exemplul lor, temperatura apei, calitatea săpunului, condițiile de confort pentru spălare (temperatura din

cameră, curățenia și ordinea din baie, obiecte de toaletă și spălat la îndemână etc.) și evitarea pisălogelii sunt elemente care trebuie luate în seamă pentru ca toaleta de dimineață să devină o deprindere plăcută și necesară (Fig.19).

Toaleta de dimineață include nu numai spălarea mâinilor și a feței, ci și a jumătății superioare a corpului, insistând mai ales în zonele cu transpirație abundentă (subțioară, cutele gâtului). Spălarea pe dinți și pieptănatul părului sunt obligatorii. Spre 5 ani, unii copii ajung să facă un duș de dimineață care, pe lângă curățirea mai eficace a corpului, are o contribuție și de călire a copilului.

Este bine ca pentru copil să se creeze condiții (corespunzătoare vârstei) prin care acțiunile de igienă să capete sens și plăcere. Pentru a ajunge la chiuvetă se va pune la îndemâna copilului un mic scaunel cu o stabilitate bună. Obiectele personale de toaletă (săpun, burete, prosop, cremă, pastă de dinți) se așează pe o policioară corespunzătoare taliei copilului. Oglinda plasată la înălțimea potrivită îi va permite copilului să se privească în timpul efectuării deprinderilor igienice, să-și desăvârșească cunoașterea corpului și să se bucure de aspectul său îngrijit. Copilul va fi îndemnat să păstreze în ordine obiectele personale, cele de toaletă și îmbrăcămintea. Cu tact și calm se va instrui copilul ca începând de la 3 ani să poată face următoarele:

- *Să se spele singur: într-un lighean așezat pe o masă mică pusă în camera de baie sau în bucătărie; după 3-4 ani va fi învățat să mânuiască robinetele și să se spele la chiuvetă;*
- *Să se spele pe mâini înainte și după masă, după folosirea veceului și după joacă;*
- *Să folosească apa și săpunul din abundență.*

Fig. 19 Toaleta matinală



Baia de seară

Baia generală de seară în condițiile vieții moderne, este bine să se facă zilnic. Pentru ca această baie să fie făcută cu plăcere, copilul va participa la deschiderea robinetelor și-și va fixa el singur temperatura și cantitatea apei din cadă, care nu trebuie să fie prea caldă (iarna 37⁰-38,5⁰C și 35⁰-37⁰ C vara). Apa rece și dușurile reci sau calde se utilizează cu acordul și plăcerea copilului. De la vârsta de 5 ani copiii trebuie să poată să se spele singuri sub supravegherea adulților.

Este bine ca baia să se facă înainte de culcare. Dacă nu sunt condițiile necesare unei băi generale (lipsește instalația de baie, frig în casă etc.) copilul va fi obișnuit să-și spele: mâinile, picioarele, gâtul, părțile intime ale corpului. În astfel de condiții, baia generală se va face săptămânal. Nu se va folosi săpun iritant. Se preferă săpunurile *grase* care curăță fără a dizolva stratul fin de grăsime care protejează pielea.

Tehnica băii

După ce copilul a intrat în cadă, va fi lăsat să se destindă în apă. Apoi va fi săpunat peste tot (sau dacă este destul de mare, o va face el însuși). Cu un burete mic se vor curăți bine unghiile de la mâini și picioare. După vârsta de 4 ani copilul va fi obișnuit să folosească buretele de baie, care călește și face pielea moale. Se va începe încetșor fără brutalitate. Se pornește de la gambe, genunchi și spate, care sunt zonele cele mai puțin sensibile. Se spală prin mișcări circulare pentru a activa circulația sîngelui. Se va folosi un burete moale din mătase sau plastic fin. După săpunire copilul va fi abluționat cu apă curată.

Îndată ce copilul iese din apă, se înfășoară într-un prosop uscat bine încălzit și puțin aspru. Va fi șters de apă mai întâi prin tamponare și apoi prin fricționare. După baie pielea copilului

trebuie să fie roză, curată și moale. Unghiile mâinilor se taie rotund o dată pe săptămână. Cele de la degetele picioarelor se taie o dată la 2 săptămâni, drept, fără a tăia din colțuri. Tăierea colțurilor favorizează formarea de unghii incarnate.

Toaleta feței

De la 4-5 ani, vârsta când pe față apar pete de cerneală, pix, creioane colorate, praf sau murdării acumulate în timpul jocurilor, săpunirea este necesară o dată pe zi, dar cu un săpun de bună calitate, care nu înăsprește pielea, apoi se clătește de mai multe ori cu apă curată. Când copilul ajunge să se spele singur, recomanda-ți părinților să-l învețe cu răbdare cum să săpunească fața, cu mișcări fine, fără fricțiuni violente și fără ai introduce spumă în ochi.

Îngrijirea dinților

Pentru a avea dinți sănătoși alimentația copilului trebuie să fie variată și bogată în vitamine și minerale. Acestea se conțin în fructe, legume, boboase, produse lactate, carne etc. Calciul este extrem de important pentru dezvoltarea dinților și a oaselor. Cercetările au arătat, că copilul între 6 luni și 3 ani are nevoie de cantități sporite de calciu.

Pentru a menține dinții sănătoși se recomandă a-i îngriji din perioada erupției dentare.

La început, după mese, dinții micuțului vor fi șterși cu un tampon de tifon umezit, deoarece bacteriile din gura copilului interacționează cu zahărul din alimente și produc aciditatea mediului care distruge smalțul dinților și produce carie. Este important ca copilul să nu fie lăsat să adoarmă cu sticluța în gură. Utilizarea suzetei contribuie la deformarea maxilarelor, mușcăturii dentare și la creșterea incorectă a dinților.

Mai aproape de 2 ani copilul va avea circa 20 dinți de lapte. Chiar dacă acești dinți se vor schimba peste câțiva ani, este important de a-i păstra sănătoși. Copilul trebuie obișnuit de mic să se spele pe dinți. Se începe prin a-i arăta periuța și pasta de dinți și prin exemplele părinților cum se spală pe dinți (Fig.20). Copiii adoră să imite comportamentul celor adulți și dacă i se arată cum se spală pe dinți, ei vor încerca să repete acțiunea.

Materiale necesare:

- periuța de dinți moale individuală;
- pahar individual;
- pastă de dinți pentru copii;
- apă de temperatura camerei.



Fig. 20 Spălarea dinților

Tehnica efectuării:

- Se pregătește necesarul;
- Se explică copilului necesitatea și importanța spălării dinților;
- Se învață copilul a ține corect periuța în mână;
- Periuța se înmoaie în apă;
- Se aplică pasta pe periuță;
- Se clătește gura cu apă;
- Periuța se aplică pe dinți și se fac mișcări de curățire sub un unghi de 40°;

- Mișcările se fac diverse de sus în jos și de jos în sus și rotative;
- Durata periajului dinților este de 3-4 minute;
- Se clătește gura cu apă de temperatura camerei;
- Se clătește bine perișta și se păstrează în paharul individual.

Contraindicații:

- Inflamații, ulceratii în cavitatea bucală;
- Dureri dentare;
- Hemoragii gingivale.

Dinții trebuie spălați de 2 ori pe zi. Principalul vinovat de apariția cariei dentare este *placa* – o substanță lipicioasă produsă de bacteriile din gură. Când placa vine în contact cu zahărul, se produce un acid, care atacă smalțul dentar. Cu cât copilul mănâncă mai multe dulciuri, cu atât se va produce mai mult acid nociv pentru dinți. Din acest motiv se recomandă a limita utilizarea dulciurilor în alimentația copiilor.

Deprinderea la oliță

Sugarul este învățat să stea pe oliță de la vârsta de 8 luni, însă acest reflex poate dispărea în cursul erupției dentare, în timpul îmbolnăvirilor și mai ales când începe să meargă fără sprijin (12-16 luni). Ca regulă copilul poate folosi conștient olița începând de la 15-18 luni. Primul semnal al unui control voluntar se observă când copilul care vrea să urineze arată cu degetul olița. El își avertizează mama fără a-i lăsa timp pentru a interveni. Între 18-24 luni copilul previne la timp pe cei din jur și poate să aștepte mai mult până este pus pe oliță. La 2,5 ani unii copii își lasă singuri pantalonii în jos și se așează fără ajutor pe oliță. Controlul defecației se dobândește în general înaintea celui a vezicii. Fetițele obișnuiesc mai devreme decât băieții deprinderea de a fi curate.

Factorii care intervin în deprinderea la oliță:

- Maturizarea și educația;
- Îmbrăcămintea – la copiii la care se folosesc pampersii deprinderea la oliță se formează mai târziu;
- Formarea reflexului prin contactul feselor cu olița;
- Caracterul copilului;
- Personalitatea mamei și lipsa de cunoștințe;
- Stresul psihologic;
- Factorii sociali – mediul familial nefavorabil, pedepsirea copilului, etc.

Pentru a-l deprinde pe sugar să-și satisfacă nevoile fiziologice, începând cu vârsta de 8-9 luni, la anumite intervale, va fi așezat pe olița caldă. Mai întâi va fi obișnuit doar să stea pe oliță. Dacă copilul refuză – nu se insistă, mama se așează lângă el, îl mângâie, îi vorbește, încearcă să-l convingă, i se aduce jucăria preferată, etc. S-ar putea demonstra șezutul pe oală cu ajutorul unei păpuși. Se continuă a-l așeza pe oală treptat, câte puțin, până când se va obișnui cu ea. Copilul nu trebuie certat sau pedepsit dacă nu dorește să se așeze. Până la formarea deprinderii la oliță și folosirii conștiente a acesteia copilul se așează pe oală conform unui regim: după masă, înainte de culcare, după somn, înainte de plimbare, etc. Astfel copilul se obișnuiește treptat să se ceară pe oală. După toaletă micuțului i se spală mâinile.

Programul zilei și somnul

Programul zilnic al copilului este bine să fie adaptat la programul familiei sau al grădiniței. Cu vârsta, către 3 ani, este necesară încadrarea treptată în colectivitate. În viața copilului o importanță deosebită are jocul și somnul.

Somnul este un proces fiziologic prin care se realizează o inactivitate, care asigură capacitatea de a redeveni activ. Până la vârsta de 3 ani copilul sănătos adoarme repede și ușor. Se va respecta modelul cu care acesta este obișnuit să adoarmă: cu o jucărie preferată, cu un cântec. După 3 ani copilul vrea să adoarmă cu mama sau tatăl său, vrea să i se spună o poveste, etc

Somnul din timpul nopții este în general mai profund, copilul doarme destins, cu fața senină, cu respirația regulată, cu membrele relaxate, nemișcat. Durata somnului este variabilă, cei mai mulți dintre copii dorm în timpul nopții 11 sau chiar 12 ore.

Unii copii au un somn agitat, în cursul căruia își schimbă locul și poziția în pat, au oscilații ale globilor oculari, schimonosiri ale feței. Aceste manifestări țin de temperamentul copilului sau de unele incomodități (prea cald, prea învelit, etc.) sau de perioadele de vis.

Nu se recomandă de a trezi copilul forțat din somn, trezirea bruscă declanșează aproape întotdeauna o stare de indispoziție și chiar de nervozitate manifestate prin țipete, lacrimi, crize de furie, tristețe, refuzul de a mânca. Dacă se provoacă în mod repetat trezirea bruscă a copilului, se poate ajunge la tulburări permanente. La copiii la care este necesară trezirea mai de dimineață (spre exemplu frecventarea grădiniței, etc.), ora culcării de seară va fi cât mai devreme (orele 19⁰⁰-20⁰⁰) și familia va evita tot ce întârzie somnul copilului: excesul de impresii (joc, vizite), starea de tensiune în familie, zgomotele, lumina prea vie.

Somnul de zi:

- până la vârsta de 2 ani este recomandat de 2 ori:
- între 2 și 6 ani copilul doarme o dată pe zi - la amiază;

Somnul la amiază nu mai este indispensabil după vârsta de 4 ani, totuși este bine să se asigure la orice copil cel puțin o oră de repaus în pat chiar dacă acesta nu doarme. O mare parte dintre copii după 4 ani nu simt nevoia să doarmă în timpul zilei.

Tulburările de somn

Acestea sunt rare și puțin importante la preșcolar. Ele dispar de obicei spontan sau se ameliorează prin corectarea unor probleme din mediul de familie. Când sunt persistente, corespund unei revendicări din partea copilului (carență de sentimente, lipsa fizică a mamei sau/și a tatălui).

- a) *Somnambulismul* este o stare de automatism inconștient, care se manifestă prin acte coordonate în timpul somnului: mers, mișcări sau acțiuni fără participarea voinței (inconștiente). Nu se cunoaște cauza: ar fi în legătură cu un sentiment de insecuritate sau cu o masă copioasă, luată târziu, înainte de culcare. Nu este necesar vre-un tratament.
- b) *Spaimetele* încep adesea și la 2-3 ani, cu teama de întuneric și de singurătate. Se pot amplifica și persista cu vârsta. Copilul cere ca lumina să rămână aprinsă; adesea, dacă i se pune un întrerupător la îndemână (care-i permite să stingă lumina), nu se mai sperie. După 3-4 ani la unii copii apare frica de animale sălbatice; spre 5 ani (mai ales fetițele) se tem ca sub pat să nu se ascundă vre-un individ periculos. La 6 ani copiii încep să se teamă de umbre sau fantome interpretate ca spioni, hoți, ucigași, strigoi etc., care se ascund după o ușă sau un paravan. Convorbirile necontrolate, comentariile despre evenimentele neobișnuite, poveștile de groază, vizionările prelungite și/sau scene violente la televizor, conflictele între adulți, amenințare cu internarea în spital, închiderea copilului într-o cameră - au o contribuție însemnată în geneza acestor fenomene.
- c) Copilul începe să viseze de la 2 ani. Spre 3 ani, copilul începe să relateze vise ocazionale; se pare însă că el povestește imagini nu numai din vise, ci și imagini fantastice create de imaginația lui. La circa 4 ani, expunerea viselor este confundată cu istorioare și evenimente reale sau imaginare. Mulți autori consideră că relatarea viselor nu are baze solide decât spre 7 ani. Copiii au de obicei vise cu animale feroase ce-i urmăresc, cu femei sau bărbați urâți

și deformați (spre exemplu baba-cloanța). Temele sunt foarte variate. Ei se visează părăsiți în pădure, atacați și *mâncați*. Aceste tipuri de vise se găsesc aproape la toți copiii și au o valoare simbolică: de teamă, de părăsire sau de despărțire, de pedepsire.

Visele urâte rare și coșmarurile izolate nu trebuie să-i neliniștească pe părinți: dacă se repetă, mai ales dacă revin cu aceeași temă se va consulta medicul de familie și psihologul.

d) Scărșnirea din dinți și vorbirea în timpul somnului se întâlnesc adesea asociate. Aceste dezordini apar înainte de vârsta de 3 ani și pot persista foarte multă vreme, fiind descrise și la elevi sau studenți. Vorbirea în timpul somnului este legată de starea de neliniște, de anxietatea copilului. Părinții consultă adesea medicul, atunci când copiii scărșnesc din dinți.

Îngrijirea părului

Până la vârsta de 4 ani părul este foarte fin, fragil și se încâlcește ușor. La fiecare pieptănătură, se smulge o parte din firele părului, de aceasta este bine ca părul să nu fie lăsat lung. Nu se recomandă ca fetițele să fie împletite strâns, pieptănate în "coadă de cal" pentru că firele de păr strânse și trase de un elastic se rup și devin din ce în ce mai rare. Aceste fire mai subțiri nu sunt, așa cum cred unele mame, fire de păr care regenerează, ci păr bolnav, semn al unei boli numită "alopecia" cozii de cal. La fetițele pieptănate cu cărare, se va avea grijă ca, după fiecare spălare, să se schimbe locul cărării, pentru a nu da părului bucla definitivă.

Nu se recomandă ca copiii să poarte breton lung, deoarece aceasta poate duce la strabism sau alte dereglări ale văzului. Este necesară frezarea periodică a părului în scopul menținerii unei bune calități a firelor de păr. Pentru pieptănat se alege de preferință perii sau pieptene confecționate din materiale naturale. Părul copilului se piaptănează în fiecare dimineață și seară, pentru a-l curăța de praful acumulat în cursul zilei. Se piaptănează în toate direcțiile, şuviță cu şuviță, iar la urmă se piaptănează în sensul creșterii naturale a părului. Părul copiilor se spală săptămânal cu șampon special pentru copii. Utilizarea prea frecventă a șamponului riscă să-l usuce și să-l facă mai fragil. Cei mai mulți copii au părul normal, iar folosirea unui șampon, a detergentilor sau a unor săpunuri necalitative, ar avea efecte negative.

Temperatura apei de spălare trebuie să fie potrivit de caldă, niciodată prea ridicată. Șamponul se diluează într-un pahar cu apă. Părul va fi spălat de două ori și apoi clătit de mai multe ori cu multă grijă. Ștergerea se face cu un prosop cald și uscat. Părul după spălare se va pieptăna.

Îmbrăcămintea

Îmbrăcămintea trebuie adaptată anotimpului, protejind corpul copilului de răcire, umezeală sau radiații solare excesive. Hainele nu trebuie să împiedice mișcările corpului, asigurându-i libertatea mișcărilor. Pentru copii țesăturile cele mai potrivite sunt cele din bumbac și lână care vor asigura permeabilitatea hainelor pentru aer și lumină. Țesăturile din fibre sintetice sunt mai puțin permeabile, favorizează transpirația. Se alege țesături moi, care se spală ușor. Se vor folosi numai piese de îmbrăcămintă cu croieli simple pentru a fi ușor îmbrăcate și dezbrăcate, dar nu se va pierde din vedere elementul estetic.

Lenjeria de corp va fi din bumbac (se evită contactul direct al țesăturilor din fibre sintetice cu pielea). Elasticul nu va fi prea strâns. Pentru un copil mic sunt necesare 6 tricouri și 6-10 perechi de chiloți. Foarte buni sunt ciorapii-pantaloni – ștrampii. Pentru somn se preferă pijamaua.

Pentru iarnă copilul trebuie asigurat cu vestimentație călduroasă, se recomandă pantaloni, pulovere din lână, scurtă sau palton. Importante sunt căciula și mănușile, deoarece corpul pierde o cantitate mare de căldură la mâini și cap. Vara copilul poartă tricouri și șorți din fibre naturale, capul trebuie acoperit cu pălărie, pentru a proteja copilul de insolație.

Încălțăminte

Copilul trebuie să poarte încălțăminte corespunzătoare vârstei, mărimii piciorului și adaptată pentru prevenirea piciorului plat. Pentru prevenirea piciorului plat copilul va fi lăsat să-și petreacă zilnic câteva ore desculț sau în papuci cu talpă subțire, va fi îndemnat să facă unele exerciții: mersul pe vârfurile picioarelor, sărituri, alergare pe iarbă, exerciții de apucat cu degetele picioarelor. Se recomandă să poarte pantofi solizi (nu ghete/adidași) cu talpa flexibilă, cu fixitate suficientă pentru ca vârful piciorului să nu alunece în vârful pantofului. Pantoful prea mic este la fel de dăunător ca și cel prea mare. Orice pantof are un plus de lungime la vârf (de un deget) pentru creșterea piciorului și pentru mișcarea în față, în timpul mersului. Iarna copilul trebuie să aibă încălțăminte caldă, el va purta papuci sau cizme. Cizmele din cauciuc sunt contraindicate (nu țin cald, iar piciorul transpiră).

CAPITOLUL 4.

ALIMENTAȚIA

L. Cerempei, E.Cucieru, L. Botnarcu, R. Cușnir, S.Cobîleanski, T.Țurcan

ALIMENTAȚIA NATURALĂ

Argumentare

Una din metodele principale îndreptate spre salvarea milioanei de vieți ale copiilor de vîrstă fragedă este alimentația lor corectă. Alimentația este unul din factorii principali, care influențează dezvoltarea neuropsihică, fizică precum și imuno-reativitatea.

Pentru copii primului an de viață hrana ideală este laptele matern, care nu poate fi înlocuit prin nimic.

Alimentația naturală trebuie să fie inițiată cât mai curînd după naștere. Alăptarea precoce previne decesul sau morbiditatea postnatală. Copiii care sunt alimentați natural de 25 ori mai rar decedează din cauza maladiilor intestinale acute în comparație cu copiii alimentați artificial (OMS,UMCEF, 1993)

Alimentația la sîn contribuie la menținerea sănătății mamei prin stimularea de oxitocină care provoacă contracția uterului,oprirea hemoragiilor,micșorează riscul dezvoltării maladiilor canceroase. Perioada de lactație protejează mama de graviditate mai mult de 18 luni.

Însă în ultimele decenii s-a format practica de a izola îndată după naștere copilul de la mamă, ceea ce a influențat negativ formarea lactației la mamă, a stagnat relațiile intime între mamă și copil. A sporit morbiditatea prin malnutriții, rahitism, boli intestinale, s-a agravat evoluția bolilor respiratorii. De aceea actualmente se întreprind diferite măsuri pentru încurajarea activă a mamei în timpul gravidității, în maternitate apoi în familie. Deviza acestor măsuri este alimentația cu lapte matern exclusiv pînă la 6 luni, apoi se continuă alăptarea pînă la 2 ani, concomitent cu o diversificare adecvată.

Pentru o promovare mai amplă a alimentației naturale în Republica Moldova MOȘ a adoptat ordinul nr.149 din 02.08.1994 *Privind crearea instituțiilor medicale binevoitoare copilului.Alimentația naturală*, unde a fost indicat programul de lucru al personalului centrelor medicilor de familie și maternităților.

Prin alimentație naturală se înțelege alimentația copilului numai cu lapte de mamă în primele 6 luni de viață, adică în perioada când alimentația copilului este exclusiv cu lapte.

Căi globale de acțiune pentru a întreprinde schimbări în alimentația naturală

Pe parcursul ultimelor decenii, în timp ce studiile științifice au demonstrat avantajele alimentației naturale, comunitatea mondială a sănătății a început să protejeze acest produs natural adoptînd diferite directive:

1981 – OMS adoptă Codul Internațional de Marketing al Alăptării-unul dintre standardele specifice de protejare a consumatorului.

1989 – Adunarea Generală a Națiunilor Unite adoptă Convenția asupra Drepturilor Copiilor. 1990-Formularea ghidurilor cu privire la alimentația naturală.

1992 – UNICEF și OMS lansează împreună Inițiativa "Spital -prieten al copilului", care are drept scop încurajarea alimentației naturale. Spitalele care asigură 10 condiții de bază ale unei alăptări cu succes primesc o recunoaștere oficială.

10 pași ai unei alăptări de succes

Declarația comună a OMS/UNICEF - 1989

Fiecare instituție, efectuînd servicii de maternitate și îngrijire a nou-născuților, trebuie:

1. Să aibă o politică scrisă referitor la alimentația naturală, care să fie comunicată frecvent întregului personal de îngrijire.
2. Să pregătească întregul personal de îngrijire a sănătății privind capacitățile necesare implementării acestei politici.
3. Să informeze toate femeile gravide despre beneficiile și conduita alimentației naturale.

4. Să ajute mamele să inițieze alimentația naturală în prima jumătate de oră de la naștere.
5. Să arate mamelor cum să alăpteze și cum să mențină lactația chiar și atunci când ele sunt separate de copiii lor.
6. Să nu ofere nou-născuților alimente sau alte lichide decât laptele matern, cu excepția cazurilor în care este indicat din punct de vedere medical.
7. Să practice rooming-ul, permițând mamelor și copiilor lor să stea împreună 24 de ore din 24.
8. Să încurajeze alimentația naturală la cerere,
9. Să nu ofere suzele, tetine copiilor care sug.
10. Să susțină crearea grupului de sprijin pentru alimentarea naturală și să orienteze mamele către aceasta la externarea lor din spital sau clinică.

Avantajele alăptării la sân

Laptele matern se numește **colostrum** între zilele 1-6 după naștere, din ziua a 6 până la a 14 zi este **lapte de tranziție** și devine **lapte matur** după 14 zile. Laptele de femeie este considerat alimentul ideal, exclusiv, al copilului în primele 6 luni de viață. Alimentația la sân trebuie să fie puternic încurajată atât pentru alimentarea nou-născutului la termen, cât și a prematurului, deoarece:

Alăptarea la sân se consideră unică deoarece:

- Asigură protecția împotriva infecțiilor și apără viața copilului. Laptele uman este un produs vital, conține aproape toate celulele pe care le are și sângele de aceea laptele matern se mai numește *sânge alb*. Deoarece el poate distruge bacteriile, fungii și paraziții intestinali, reglează și reacțiile imune, laptele matern este considerat un *medicament* și un produs alimentar excelent. Copiii care nu sînt alimentați cu lapte matern suferă de 2,5 ori mai frecvent din cauza bolilor diareice, și se expun unui pericol de 2,5 ori mai mare de a deceda decât copiii care au fost alimentați exclusiv la sân.
- Mărește intervalul dintre nașteri, avînd efect anticoncepțional. Mărirea intervalului dintre nașteri este o necesitate vitală atît pentru sănătatea mamei, cît și pentru supraviețuirea copilului. Intervalul dintre nașteri de 2-3 ani permite organismului matern să-și recupereze forțele.
- Este mai puțin costisitor. Asigură economia resurselor bănești ale familiei, nu necesită cheltuieli mari.
- Protejează mediul ambiant deoarece cuvintele cheie ale ecologiei sunt: ***vital, pur, natural.***

Morfologia glandei mamare mature și secreția laptelui

Glanda mamară constă din țesut glandular de susținere și adipos, în structura ei distingem alveole care formează acinusurile, ducturi și sinusuri lactifere. Laptele secretat în alveole este apoi acumulat în sinusuri. Circa 10-20 canalicule unesc sinusurile cu mamelonul, în jurul mamelonului este un cerc mai întunecat, numit areolă.

În procesul de formare a laptelui sunt implicate 2 reflexe de producere a laptelui și de evacuare a lui, la care participă hormonii prolactina și ocitocina, secretați de hipofiză.

Suptul excită reflexul de secreție al prolactinei care se include maximal la evacuarea completă a laptelui produs (de aici și recomandarea de golire maximală a sînului).

De asemenea concentrația și activitatea prolactinei este maximă în perioada nocturnă (de aici recomandarea de a susține în mod obligatoriu aplicarea la sân a copilului și noaptea).

Reflexul oxitocinei este mai complicat. Oxitocina acționează la evacuarea laptelui. Reflexul secreției oxitocinei poate fi inițiat în timpul privirii copilului, sub acțiunea factorilor emoționali pozitivi legați de copil (imaginea lui, plânsul, contactul fizic și strângerea la piept, etc). Prin urmare, pentru a iniția și stimula reflexul oxitocinei, se va acționa prin:

- aplicare la sân cât mai precoce în condițiile unei nașteri normale;
- aflarea mamei alături, în aceeași încăpere cu copilul, un contact fizic strâns și permanent (ochi în ochi, piele la piele) imediatdupă naștere;

Compoziția laptelui

Prin compoziția sa biochimică, caracterizată printr-o concentrație sporită de lipide și lactoză, cazeină și minerale micșorate, osmolaritate scăzută, laptele matern micșorează nevoile nutritive ale sugarului și facilitează asimilarea.

Laptele matern nu este același, compoziția lui diferă în funcție de vârsta parturientei, el se modifică de la o lună la alta, de la o zi la alta, de la un supt la altul, pentru a satisface toate nevoile copilului.

Laptele matern se numește **colostrum** între zilele 1-6 după naștere, din ziua a 6 pînă la a 14 zi este **lapte de tranziție** și devine **lapte matur** după 14 zile. Laptele de femeie este considerat alimentul ideal, exclusiv al copilului în primele 6 luni de viață.

Colostrul

Incepînd cu cea de-a șaptea lună de sarcină și în primele 4-6 zile după naștere glanda mamară secretă laptele numit colostrum, care este dens, de culoare gălbuie, cu densitatea cu mult mai înaltă ca laptele matur.

În prima zi conținutul de proteine este de 6-7 ori mai mare iar cantitatea de lipide și lactoză este mai mică comparativ cu laptele matur. Concentrația vitaminei A este de 2-10 ori mai mare, vitamina C de 2-3 ori, de asemenea e mai mare conținutul de vitamine E, K, minerale, de imunoglobuline, care asigură copilului o bună protecție împotriva infecțiilor. De aceea colostrul are un efect similar primei vaccinări. La fierbere colostrul se coagulează.

Laptele tranzitoriu

Începînd cu ziua a 4-5 după naștere și pînă la 12-14 zi glanda mamară secretă laptele numit tranzitoriu, care are o densitate mai mică ca colostrul, mai multă lactoză, mai puține imunoglobuline, mai puține vitame A, K, E etc.

Laptele matern matur

Incepînd cu ziua a 12-14 glanda mamară secretă laptele matur.

Prin compoziția sa laptele diferă nu numai de la o mamă la alta, dar și la aceeași femeie în glande diferite. Laptele se modifică în funcție de momentul zilei după naștere, de durata alăptării, de nevoile sugarului.

Laptele uman diferă de cel al animalelor prin raportul de proteine, lipide, glucide și săruri minerale, prin nivelul relativ mai scăzut de proteine, săruri minerale și mai înalt de galactoză .

Conținutul energetic și nutritiv al laptelui

Limite/100ml

Tipul de lapte	Proteine	Lipide	Glucide	Vit. D UI	Kkal
Lapte uman	0,9-1,4	3,8-4,5	6,8-7,0	200	69-70
Lapte de vaci	3,3-3,5	3,3-3,7	4,6-4,9	700	66-70
Lapte de capre	3,8-4,1	4,0-4,4	4,2-4,5	700	66-70
Lapte adaptat	1,4-1,8	3,3-4,2	6,3-7,9	300	67-75

Laptele uman matur nu este recomandat prematurilor, din cauza conținutului insuficient de proteine, sodiu, calciu și, posibil, alți nutrienți. Laptele uman prematur, cu conținut mai mare de proteine, sodiu, clor, magneziu și fier decât laptele uman matur, este mult mai potrivit pentru alimentația sugarului prematur.

Proteinele reprezintă principalul material plastic al organismului uman. *Proteinele* sunt mai scăzute decât în laptele majorității altor mamifere însă cantitatea și calitatea lor din laptele uman este perfectă pentru creșterea copilului și dezvoltarea creierului. Concentrația lor în laptele matur este de circa 0,9-1,2 g/L, furnizând 5-7% din aportul caloric al laptelui de mamă. Carența de proteine duce la reducerea hematopoiezei, activității enzimelor, sintezei hormonilor și a vitaminelor, compromite imunitatea.

Spre deosebire de laptele de vaci, în laptele de mamă se conține mai multe albumine și mai puțină cazeină. Raportul albumină/cazeina este de 90/10 în zilele 4-10, 60/40 în laptele matur și 50/50 după 240 de zile de lactație; de aceea se spune că laptele uman este un lapte *albuminos*. În laptele de vaci, fracțiunea proteică majoritară este cazeina, iar raportul albumină/cazeină este de 20/80; laptele de vaci este un lapte *cazeinos*.

În laptele matern au fost identificați 20 de aminoacizi, dintre care 8 sunt esențiali. Mai ales este înalt conținutul de *cisteină* și *taurină*, care au o importanță deosebită în dezvoltarea normală a creierului. Taurina pătrunde în organismul copilului numai cu laptele matern.

Diferențele și asemănările dintre laptele uman matur și cel prematur în timpul lactației precoce (0-4 săptămâni)

Constituenți	Lapte matur (limite/100ml)	Lapte prematur (limite/100 ml)	Consensul din studii multiple
Energie (kcal)	70,2-73,6	73,0-76,0	premat > matur
Proteine (g)	1,3-1,8	1,5-2,1	premat > matur
Lipide (g)	2,9-3,4	3,2-3,6	premat > matur
Glucide (g)	6,4-7,1	6,3-7,2	premat < matur
Na (mg)	15,4-21,8	21,8-39,1	premat > matur
Cl (mg)	36,4-58,8	38,5-63,0	premat > matur
K (mg)	50,7-65,5	53,4-67,0	premat = matur
Ca (mg)	26,7-29,3	26,6-31,4	premat < matur
P (mg)	13,8-16,9	12,9-13,8	premat < matur

Mg (mg)	2,7-3,1 .	3,0-3,6	Prematur > matur
Cu fcig)	57,0-73,0	63,0-83,0	prematur > matur
Fe (M-9)	81,0-110,0	90,0-110,0	prematur > matur
Zn Uig)	260,0-535,0	392,0-530,0	prematur = matur

Lipidele se conțin 3,5-4,5 g/l în laptele matur, 2,3-3 g/l în colostru, constituie sursa principală de calorii pentru copii și furnizează 50-55% din valoarea energetică a acestuia, din care 5% sunt acizii grași esențiali, în principal acidul linoleic.

În laptele matern se conțin acizi grași nesaturați cu 10-20 de atomi de carbon, în cantitatea cea mai mare sunt *acidul palmitic, oleic și linoleic*, care se asimilează mai ușor decât cei saturați, ce predomină în laptele de vaci.

De asemenea în laptele de mamă se conține fermentul *lipaza* (pentru fermentarea grăsimilor) iar în laptele de vaci el lipsește. De aceea lipidele laptelui uman se reabsorb ușor în intestinul copilului.

Conținutul de acizi grași ai laptelui uman este influențat de dieta mamei și variază pe parcursul zilei, având concentrații maxime de obicei între orele 10-12 ziua. Deasemenea concentrația lipidelor este mai mare în laptele final secretat de glanda mamară.

Glucidele se conțin în laptele matern matur în mediu 7 g/l, din care lactoza constituie 6 g/l, furnizează 35-45% calorii, acoperind necesitățile energetice ale organismului copilului. *Lactoza* este principalul glucid al laptelui de femeie, este un dizaharid format, din glucoză și galactoză și reprezintă 90% din glucidele laptelui uman. Lactoza participă la dezvoltarea sistemului nervos central, contribuie la absorbirea fierului și la sinteza vitaminei B.

Deasemenea lactoza are rol fermentativ/antiputrefactiv, stimulează absorbția *calciului*, reprezintă sursa de *galactoză*, integrabilă direct în structurile celulare, este principalul component osmotic al laptelui uman compensând conținutul scăzut de săruri minerale al acestuia pentru menținerea osmolarității.

S-a demonstrat că cu cât mama are mai multe emoții pozitive, cu atât laptele este mai dulce și mai valoros pentru copil.

Vitaminele. În laptele matern se conține o cantitate mai mică de vitamine, dar sunt mai valoroase, se reabsorb foarte bine spre deosebire de laptele de vaci, satisfac pe deplin necesitățile organismului. Conținutul de vitamine depinde de alimentarea mamei. Concentrația de vitamina D, cu acțiune antirahitică, variază după vârsta lactațională, rasă, expunere la soare; ea este scăzută dacă mama are deficiența de vitamina D. Suplimentarea maternă sporește concentrația vitaminei D în lapte, dar nu suficient pentru a satisface cerințele sugarului.

Sărurile minerale. Laptele uman conține de 3 ori mai puțin Na, Cl, K, Ca, Mg și de 6 ori mai puțin fosfor față de laptele de vaci. Încărcătura electrolitică mică a laptelui de mamă scade nevoia sugarului alimentat la sân pentru aport suplimentar de apă. Calciul și fosforul sunt în concentrații mult mai mici decât în laptele de vaci, însă coeficientul de absorbție digestivă este de 75-80%, spre deosebire de laptele de vaci, cu acest coeficient doar de 30%. În laptele matern există transportori specifici, pentru un număr de elemente ca fierul, zincul.

Conținutul scăzut în proteine și săruri minerale face ca filtrația renală și hepatică să fie mult ușurată în raport cu alimentația artificială, într-adevăr, osmolaritatea mică a laptelui matern facilitează absorbția, cât și eliminarea (diureza nu necesită o putere mare de concentrare urinară, ceea ce constituie un avantaj pentru nou-născut, la care capacitatea de concentrare a rinichilor nu este total maturată.

Conținutul proteic scăzut al laptelui uman poate favoriza o absorbție mai bună a cantităților mici de fier conținute în acest lapte; pe de altă parte, conținutul scăzut de fier (1,0-1,5 mg/l) al laptelui de femeie pare optim pentru asigurarea unei reacții imune adecvate.

Factorii imunologici Prin factorii imunologici și tipul de floră intestinală pe care-l induce, laptele uman este un factor de prevenire a alergiilor alimentare și infecțiilor.

Laptele uman este lipsit de β -lactoglobuline, care sunt proteinele cele mai alergizante, prezente în laptele de vaci; albumina și cazeina laptelui uman nu sunt alergizante și sunt specifice pentru specie.

Laptele uman asigură protecția imunologică necesară, în timp ce sistemul imun al sugarului se maturează. Prin sistemul său imun, laptele uman compensează sistemul imun imatur al sugarului.

Sunt 3 categorii majore de factori imunologici în laptele matern: agenți antimicrobieni, antiinflamatori și imunomodulatori.

1. Factorii antimicrobieni. În glanda mamară se secretă anticorpi de tipul IgA specifici pentru un spectru larg de antigene bacteriene: *E. coli*, *Shigela*, *Salmonela*, *Campylobacter*, *V. cholerae*, *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *CI difficile*, *CI. botulinum*; virale: *rotavirus*, *virusul sincițial respirator*, *poliovirus* și *alte enterovirusuri*, *virusul gripal*, *citomegalovirusul*, *HIV*; protozoare: *Clamidia*, *Candida*.

IgA secretorie este anticorpul major din laptele uman; un sugar alimentat numai la sân primește 0,5 -1 g/zi de IgA secretorie din lapte.

Lactoferina (lactotransferina) este o lactoglobulină din laptele uman care are un dublu rol: de *transportor*, pentru că facilitează absorbția fierului și prevenirea carenței de fier la sugarul alimentat numai la sân în primele 6 luni de viață, și *antiinfecțios*, producând un mediu defavorabil creșterii *E. coli* și stafilococului.

Constituenții complexului imun a laptelui uman sunt prezenți de-a lungul lactației. Concentrațiile cele mai mari ale majorității imunoproteinelor se găsesc în colostrum; ele scad în primele 3-4 luni și rămân la aceste niveluri până la începutul ablației.

Lizozimul, care este de 300 de ori mai mare ca în laptele de vaci, alături de factorii ai complementului, mucoproteine și alte substanțe intensifică activitatea anticorpilor în laptele uman.

2. Agenții antiinflamatori. Datorită acestor agenți sugarii alimentați la sân în timpul maladiilor infecțioase recuperează mai repede și sunt mai puțin bolnavi decât cei alimentați artificial.

3. Factorii imunomodulatori. Ei pot juca un rol în:

- prevenirea bolilor după perioada de sugar;
- scăderea riscului copiilor alimentați la sân de a dezvolta ileita Crohn, diabetul zaharat insulino-dependent și limfoame.

În concluzie, prin protecția imună oferită copilului (factori specifici antiinfecțioși de la mamă și prin stimularea sistemului imun al copilului), prin flora intestinală pe care o induce, prin limitarea contactului cu mediul străin (în afara mamei) și prin faptul că laptele uman este, de regulă, steril, în alimentația cu lapte matern se constată:

- frecvența scăzută a bolilor diareice și a spitalizărilor pentru boli gastrointestinale la sugarii alimentați la sân timp de peste 3 luni;
- scăderea frecvenței infecțiilor respiratorii și chiar a infecțiilor de tract urinar, legată de existența unor niveluri sporite de imunoglobuline.

Alte proprietăți și efecte ale laptelui matern și ale alimentației naturale

Factorii de creștere. În laptele uman există mai mulți factori de creștere. Dintre ei, factorul de creștere epidermală pare a avea un rol mai degrabă general decât local, stimulând

creșterea și diferențierea epiteliilor pulmonar și gastrointestinal, creșterea tisulară a tractului gastrointestinal, creșterea activităților enzimatică în intestin (zaharaza, lactaza). Pe aceste baze, el ar putea avea un rol terapeutic în bolile intestinului, respectiv în chirurgia intestinală (sindromul de intestin scurt).

Efectele contraceptive ale alimentației la sân

Eficiența este maximă dacă această metodă include:

- alimentarea copilului numai la sân, până la vârsta de 6 luni, fără suplimente/formule de lapte și fără diversificare înainte de 4 luni;

Alimentația naturală și vitamina K

Vitamina K se găsește în concentrații mici în laptele matur și în cantități mai mari în colostrum. Alimentația precoce și frecventă la sân, duce la un aport crescut de vitamina K și, în acest fel, la limitarea hipoprotrombinemiei fiziologice, respectiv la scăderea incidenței bolii hemoragice a nou-născutului.

Legăturile senzoriale, afective și educative în alimentația la sân

În alimentația naturală există o veritabilă simbioză mamă-copil pe multiple planuri, ca o continuare a protecției materne prenatale; se creează numeroase legături senzitivo-senzoriale și afective induse de supt, de contactul apropiat, de mirosul și vocea mamei etc.

Indicațiile alăptării la sân

Alimentația la sân este indicată aproape întotdeauna, când mama poate să-și asume această responsabilitate - dacă dorește cu adevărat și condițiile psiho-sociale nu-i limitează capacitatea de a o face.

Începeți alăptarea în prima oră după naștere!

Nou-născutul trebuie alăptat la sân cât mai curând posibil după naștere, nu mai târziu de prima oră. Nu trebuie să-i dăm nimic altceva decât lapte matern.

- Alăptarea cât mai timpurie și mai frecventă conduce la instalarea mai rapidă a secreției lactate la mamă.
- Copilul va beneficia imediat de efectul protector al unei cantități concentrate de anticorpi din colostru, care un efect similar cu prima vaccinare.

Principiile generale ale alimentării exclusive la sân

- Încurajați alimentarea precoce și exclusivă la sân în toate cazurile posibile.
- Explicați mamei și familiei ei beneficiile alimentării precoce și exclusive la sân:
 - laptele matern conține anume acele substanțe nutritive pe care le necesită nou-născutul și favorizează dezvoltarea copilului;
 - laptele matern este ușor digerat și eficient utilizat de către organismul nou-născutului;
 - laptele matern ajută la protecția copilului de infecții;
 - alimentarea la sân poate fi utilizată în calitate de metodă contraceptivă (metoda amenoreei lactaționale).
- Încurajați mama să alăpteze copilul la cerere, atât ziua, cât și noaptea (de opt sau mai multe ori pe zi), atât timp cât el dorește.
- Învățați mama să alăpteze copilul alternativ din ambii sâni: imediat ce copilul a golit primul sân, i se dă să sugă din al doilea.

- **Recomandații mamei:**
 - să nu forțeze copilul să mănânce;
 - să nu întrerupă alimentarea înainte ca pruncul să se sature;
 - să nu folosească suzete sau biberoane;
 - să nu dea nou-născutului orice alte lichide sau alimente (de exemplu, substituent lactat procurat, lapte de animale, terciuri tradiționale din regiune, ceai, apă etc.), cu excepția laptelui matern, în primele șase luni ale vieții copilului.
- Invitați la discuția despre importanța alimentației la sân soțul, mama, un alt membru al familiei sau altă persoană de susținere, dacă este posibil.
- Asigurați-vă că mama consumă alimente nutritive și în cantități suficiente lichide.
- Asigurați-vă că mama dispune de condiții și se poate spăla sau face baie zilnic, dar recomandați-i să evite spălatul sau ștersul mameloanelor înainte de alăptare.

Contraindicațiile alăptării la sân

În alimentația naturală există unele contraindicații, temporare sau definitive, din partea mamei sau a copilului.

1. Contraindicații tranzitorii:

Din cauza mamei:

- fisuri mamelonare;
- tratament antimicrobian: cloramfenicol, tetraciline, sulfanilamide ș.a.

În această situație, alimentația la sânul bolnav se oprește, copilul e alimentat la celălalt sân (sau cu alt lapte) și se face evacuarea manuală sau mecanică a sânului, până când se reia alimentația la sânul afectat.

Din cauza copilului:

- alergie la laptele matern;
- afecțiunile grave ale nou-născutului ce necesită ventilație artificială și alimentație parenterală.

2. Contraindicații permanente:

Cauze materne:

- ✧ maladii viscerale evolutive grave: tuberculoză, hepatită, SIDA, malarie, septicemie, neoplazii/tratament cu citostatice, insuficiență cardiacă, insuficiență renală;
- ✧ boli neuro-psihice: tulburări psihice grave/psihoza de lactație, epilepsie/tratament cu anticonvulsivante;
- ✧ mame purtătoare de infecție HIV, confirmată sau suspectată.

Cauze legate de copil sunt rare, unele chiar excepționale:

- ✧ galactozemie congenitală;
- ✧ intoleranță ereditară/primară la lactoză;
- ✧ fenilcetonurie;

Poziționarea și aplicarea corectă la sân

Rugați mama să-și ajute copilul să ia sânul când acesta pare a fi pregătit. Semnele pregătirii de a lua sânul includ deschiderea gurii, căutarea sau întinderea guriței și mișcarea.

- **Explicați mamei cum să poziționeze copilul în timpul alăptării. Ea trebuie:**
 - să țină copilul în contact „piele-la piele”, dacă este posibil;
 - capul și corpul copilului să fie aliniate pe o dreaptă;
 - capul și corpul copilului să fie orientate spre piept;
 - nasul la nivelul mamelonului;
 - să susțină ferm corpul copilului în întregime, dar nu numai gâtul și umerii (fig.21).



Fig.21. Alăptarea la sân în poziție culcată (a) și șezândă (b).

- **Explicați mamei cum să încurajeze copilul să ia sânul. Ea trebuie:**
 - să atingă buzele copilului cu mamelonul;
 - să aștepte până copilului va deschide larg gurița;
 - să apropie rapid copilul de sân, tinzând ca buza lui inferioară să fie amplasată suficient de inferior față de mamelon.

Semnele aplicării corecte la sân (fig.22) sunt următoarele:

- bărbia copilului atinge sânul;
- gurița copilului este larg deschisă cu buza inferioară întoarsă în afară;
- o parte mai mare a areolei este vizualizată superior decât inferior de guriță;
- copilul efectuează mișcări de sugere profunde și lente cu pauze rare.

Dacă **sânii mamei sunt angorjați**, recomandați-i să stoarcă puțin lapte înainte de a începe alăptarea. Laptele stors va umezi zona în jurul mamelonului și copilului îi va fi mai ușor să ia sânul.



Fig. 12. Aplicarea la sân
corectă (A) și incorectă (B)

Care sunt cauzele prinderii incorecte la sân?

1. Utilizarea biberonului

- dacă este folosit înainte de stabilirea completă a alimentației la sân
- pentru suplimentări ulterioare

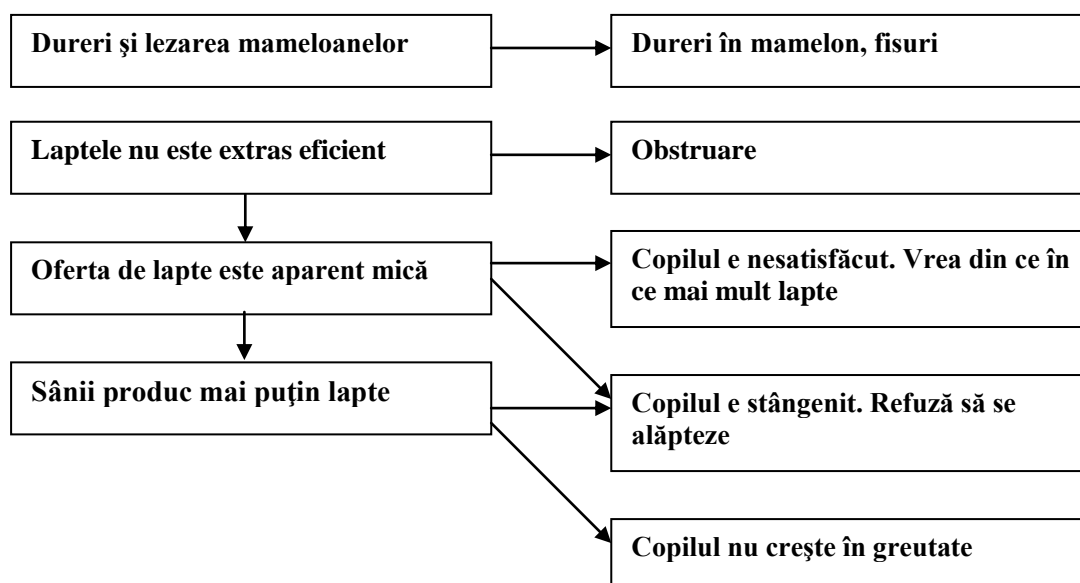
2. Mamă fără experiență

- când are primul copil
- când mai are copii, dar nu i-a alăptat la sân

3. Dificultăți funcționale

- copil mic sau obosit
- sâni angorjați
- începerea târzie a alăptării
- ajutor tradițional sau comunitar redus
- medici, moașe, asistente medicale neinstruiți în promovarea alăptării la sân.

Rezultatele unei poziționări incorecte la sân



Care factori nu influențează secreția lactată?

- Regimul alimentar simplu, obișnuit
- Vârsta mamei
- Contactul sexual
- Menstruația
- Reluarea serviciului (dacă mama continuă să alăpteze copilul)
- Vârsta copilului
- Operația cezariană
- Nașterea prematură

Care sunt semnele ce indică că sugarul nu primește destul lapte?

Semne sigure

- *Creștere în greutate nesatisfăcătoare*
 - sub 500 grame/lună (adaus zilnic mai puțin de 30gr)
 - greutatea mai mică decât la naștere după 2 săptămâni de viață
- *Urină concentrată, în cantitate mică*
 - sub 6 micțiuni pe zi, urină galbenă și puternic mirositoare

Semne posibile

- sugar nesatisfăcut la sfârșitul suptului, care plânge frecvent
- mese foarte frecvente și lungi
- sugar care refuză sânul
- sugar cu scaune rare, tari, în cantități mici, uscate sau verzui
- la stoarcerea sânelui nu se elimină nici o picătură de lapte
- sâni nu și-au mărit volumul (în timpul sarcinii)
- lactația nu s-a instalat (după naștere).

Cum ajutăm mama să-și sporească secreția lactată:

- Verificați dacă mama mănâncă și bea lichide în cantități suficiente;
- Încurajați utilizarea unui lactogen a cărui valoare este recunoscută de comunitatea respectivă;
- Recomandați, numai în situații foarte dificile, medicamente care măresc secreția lactată (dopromazina sau metoclopramid);
- Explicați mamei că perioada în care se realizează o creștere a secreției lactate este variabilă.

Complicații în timpul alăptării la sîn

Angorjarea sînilor

Apare când se secretă rapid laptele în glanda mamară și are loc un aflux puternic de sânge și limfă, însă evacuarea sinului se face rar și incorect. Sînii devin fierbinți și dureroși, sînt tensionați și lucioși. Astfel se stagnează eliminarea laptelui.

Sfaturi

- Poziționarea corectă și mai frecventă la sîn, *ad libidum*.

- Aplicarea pe sîni între alăptări a compreselor reci.
- Înainte de alăptare aplicații calde pe areolă.
- După alăptare laptele rămas se stoarce apoi se aplică un prosop rece pentru a reduce edemul.

Canale galactofore obstruate

Cauze

- Evacuarea incompletă sau rară a sinului.
- Oprimarea reflexului de evacuare a laptelui.

Conduita

- Aplicații umede calde sau dușul cald înainte de alăptare.
- Masarea și stoarcerea laptelui înainte de aplicarea copilului la sîn.
- Copilului i se oferă mai întîi sînul afectat.
- Folosirea metodei *sticluțelor calde*.
- Netezirea sinului de la bază spre mamelon.
- Masajul în regiunea cervicală și a spatelui mamei.

Ragade mamelonare

Cauze

Apare ca o consecință a poziționării incorecte, folosirea frecventă a antisepticelor și săpunurilor nepotrivite pentru spălarea mamelonului, achiloglosiei care limitează mișcarea limbii, prezența infecției la prunc.

Conduita

- Poziționarea corectă la sîn.
- După alăptare aplicați pe mameloane puțin lapte și expuneți sînii la aer să se usuce.
- Evitați cremele, unguentele.

Mastita

Cauza

Este o infecție a sinului, condiționată de fisurile mamelonare sau angorjarea sinului, care evoluează cu o tumefiere locală, eritem, senzații de căldură. Mama acuză febră, astenie, greață, etc.

Conduita

- Nu se întrerupe alăptarea.
- Aplicarea mai frecventă a copilului la sîn.
- Stoarcerea sinului după fiecare alăptare.
- Terapia cu antibiotice: fluloxacină-250 mg, intern, o dată în 6 ore, 7-10 zile.
Eritromicină 250-500mg, intern, o dată în 6 ore, 7-10 zile.

Copilul care se opune plasării la sîn

Cauza

Cînd copilul este ținut în poziție ce-i provoacă durere sau i s-a dat deja suzeta sau a fost alimentat cu biberonul.

Conduita

- Se poziționează corect la sîn.

- Se revine la alăptare peste 15 minute, cînd copilul este liniștit.
- Nu se utilizează suzeta, biberonul.
- Nu se presează pe locurile dureroase.
- Pînă la acceptarea sînului de către copil el se va hrăni cu cana.

Copilul care pierde sînul

Cauza

Mameloane ombilicate, sîni angorjați, prea plini, scurgerea prea mare de lapte, poziționare incorectă la sîn etc.

Conduita

- Înainte de alăptare se extrage puțin lapte pentru ca la supt scurgerea lui să fie mai lentă și mamelonul să aibă o formă mai alungită.
- Poziționarea corectă cu capul într-o ușoară extensie, astfel încît bărbia să i se sprijine pe sîn, iar nasul să nu se înfunde prea tare.
- Mama nu va apăsa capul copilului spre sîn.

Conduita în caz de hipogalactie

- Mamei se recomandă să respecte zilnic o alimentație rațională, echilibrată și un regim de odihnă și somn corespunzător.
- Copilul se aplică mai frecvent la sîn (10-12 ori).
- Sînul se oferă la dorința copilului.
- Copilul se poziționează corect la sîn.
- Se stoarce laptelui rămas în sîn după fiecare alăptare.
- Cu 10-15 min înainte de alăptare se recomandă dușul cald și masajul sînilor.
- Copilul se aplică la sînul *gol*, folosind concomitent un tub pentru hrănire, al cărui principiu de lucru este similar cu cel pentru coctail: un capăt se află în ceașcă, altul este situat paralel cu mamelonul în așa fel încît copilul să sugă simultan sînul și tubul.

Stabilirea rației de lapte

Rația alimentară poate fi calculată prin metode *clasice* bine cunoscute: energetică și volumetrică.

Spre exemplu, pentru un nou-născut în primele 7 zile de viață poate fi folosită **formula Finkelștein:**

$$L = (N - I) \times 70 \text{ sau } 80,$$

Unde

L – cantitatea de lapte pe zi;

N - vîrsta copilului în zile.

Coeficientul 70 se folosește pentru sugarii născuți cu greutatea sub 3250 gr, iar 80- pentru sugarii născuți cu greutatea peste 3250gr.

De la ziua a 7-a pînă la ziua a 14 –a de viață se poate folosi formula lui **Apert:**

$$L = I/10 \text{ din greutatea copilului} + 200$$

După ziua a 14-a rația alimentară se poate calcula prin metoda **volumetrică:**

De la vîrsta de 2 săptămîni pînă la 6-8 săptămîni:

$$L = 1/5 \text{ din greutatea copilului}$$

De la vârsta de 6-8 săptămîni pînă la 4 luni:

$$L = 1/6 \text{ din greutatea copilului.}$$

După 4 luni rația alimentară va constitui 900-1000 ml pînă la vârsta de 1 an, fără a depăși de obicei cantitatea de 1 litru.

Dacă se va folosi *metoda energetică*, care e mai fidelă, dar mai pretențioasă, se va reieși din următoarele necesități energetice la kilocorp pe zi:

I trimestru – 110 – 120 kkal

II trimestru – 100 – 110 kkal

III trimestru – 90 – 100 kkal

IV trimestru – 80 – 90 kkal

Frecvența alăptărilor la sîn

1—6 luni aproximativ de 8 ori ziua și de 3-4 ori noaptea.

6—12 luni se menține frecvența alimentației la sîn de 5-6 ori pe zi.

Diversificarea alimentației sugarului

Majoritatea copiilor nu necesită alimentație complementară pînă la vârsta de 6 luni. În acest interval laptele matern este cel mai important produs alimentar. În unele cazuri, însă, la vârsta între 4-6 luni unii copii au nevoie, pe lângă laptele matern, de altă hrană. Asemenea produse deseori sunt numite *alimente complementare* sau *hrană complementară*, deoarece complinesc alimentarea la sîn.

Mama va propune copilului alimente complementare numai dacă acesta manifestă interes față de hrana semilichidă, pare înfometat după alăptare sau prost adaugă în greutate. Copilul manifestă interes atunci când se întinde spre mîncarea mamei sau deschide gura imediat ce i se propune asemenea hrană.

Începînd cu vârsta de 6 luni, toți copiii vor primi hrană complementară consistentă și nutritivă:

- La administrarea primară a complementului, el se va oferi copilului înainte alăptării la sîn (acomodare mai rapidă la hrana propusă).
- După acomodare copilului la hrana propusă complementul se va administra după alăptarea la sîn, ceea ce va permite de a substitui treptat cîteva alăptări cu alimente complementare fără a afecta alimentarea la sîn, deoarece copilul încă are nevoie de substanțe nutritive și factori protectori ce se conțin doar în laptele matern.
- Începînd cu vârsta de 6 luni pînă la 12 luni este necesar de a mări treptat volumul hranei complementare ajungînd la 200 ml la o masă (12-15 linguri).
- Pentru alimentare se utilizează lingurița sau cana și nu sticluța (fig.24). Cana poate fi ușor spălată și posibilitatea de contaminare cu bacterii este mai mică. Copiii alimentați din cană nu refuză sînul mamei.
- Pentru alimentarea sugarului se utilizează un set special de veselă pentru copii, care se va păstra în curățenie permanentă.
- Piureul și terciul trebuie să fie consistente, mărunțite și nici într-un caz diluate.
- Alimentele complementare se administrează nesărate.
- Rația zilnică completă va include în cantități suficiente produse calorice (de pildă, terci

- consistent cu ulei) carne, pește, ouă sau boboase, fructe sau legume.
- Sugarul nu este forțat să mănânce toată cantitatea de mâncare pregătită.

Alimentarea activă

Important e să alimentați activ copilul. A *alimenta activ* înseamnă a convinge copilul să mănânce (fig.23). Copilul nu trebuie să împartă hrana din aceeași farfurie cu frații și surorile mai mari. Copilul trebuie să aibă farfuria sa aparte. Atât timp cât copilul nu e capabil să mănânce de sine stătător, mama sau altă persoană, care-l îngrijește (să zicem, sora sau fratele mai mare, tata sau bunica) vor sta alături de copil în timpul mesei și-l vor ajuta să ducă lingura la gură. Ei trebuie să încurajeze copilul să mănânce manifestând interes, zâmbind, propunându-i supliment. Ei nu trebuie să-l sperie, să-l oblige sau să-i arate supărarea când copilul refuză să mănânce. Aceasta va produce o reacție inversă în urma căreia copilul va mânca puțin sau va refuza.

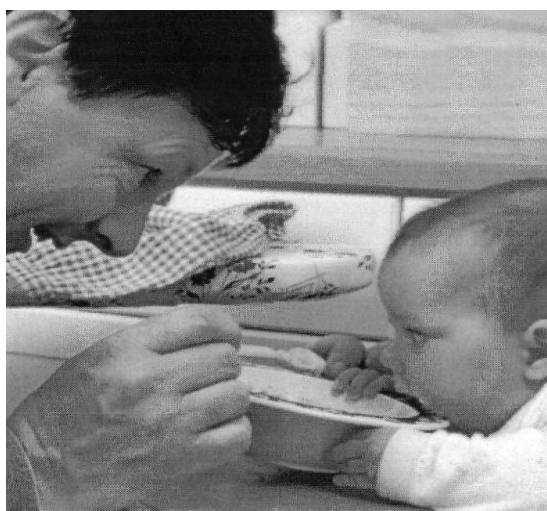


Fig. 23. Alimentarea activă a copilului

Copilului i se permite de a dezvolta deprinderea să ia cu mîna bucăți mici de mâncare. Oferind copilului posibilitatea de a mânca alimente cu mîna, crește interesul lui față de mâncare. Spre sfîrșitul primului an unii copii manifestă dorința de a se alimenta singuri cu lingura. Deoarece ei nu mînuiesc bine lingura și pot face murdărie, părinții nu trebuie să-și facă griji pentru aceasta. Numai așa copiii se vor învăța să mănânce singuri. În timp ce copiii învață să se alimenteze singuri, ei vor mai fi alimentați în mod activ pentru a fi siguri că ei mănîncă suficient.



Fig. 24. Alimentația cu cana și lingurița

Aliment e complementare cu valoare nutritivă completă

Alimente complementare cu valoare nutritivă completă sunt produsele cu valoare energetică înaltă, nutritive și accesibile în localitatea respectivă. Drept exemple de asemenea produse pot servi: terciul consistent de orez, griș sau hrișcă cu ulei și lapte; fructele și legumele, boboasele, carnea, ouăle sau peștele și produsele lactate.

Introducerea hranei complementare e preferabil s-o începeți cu următoarele alimente:

1. Terci consistent de hrișcă, ovăz, orz, griș sau porumb, preparat cu adăugarea laptelui și uleiului sau untului;
2. Piureu de legume din cartofi, varză, morcov, sfeclă sau dovleac, care constituie o sursă indispensabilă de săruri minerale și vitamine;
3. Diverse fructe, accesibile în localitatea dv. și în anotimpul respectiv, de exemplu: mere, pere, piersici, struguri, portocale sau mandarine. Fructele vor fi curățate minuțios și zdrobite. Treptat copilului i se poate oferi bucățele de fructe tăiate mărunț;
4. În rația copilului se vor include diverse băuturi, cum ar fi cea de morcov, sfeclă ori sucuri de fructe, produse lactate fermentate, cum ar fi chefirul, iaurtul sau laptele covăsit. Copiilor de vârstă mică nu se recomandă să li se dea ceai, deoarece se știe că taninul din componența ceaiului inhibă procesul asimilării fierului în organism. Astfel, consumarea ceaiului reduce asimilarea fierului din produsele dejunului mixt cu aproximativ 50%.
5. Treptat în rația copilului e necesar să fie incluse alimente bogate în proteine, cum ar fi brânza de vaci și carnea slabă fiartă și tocată, peștele, ouăle.

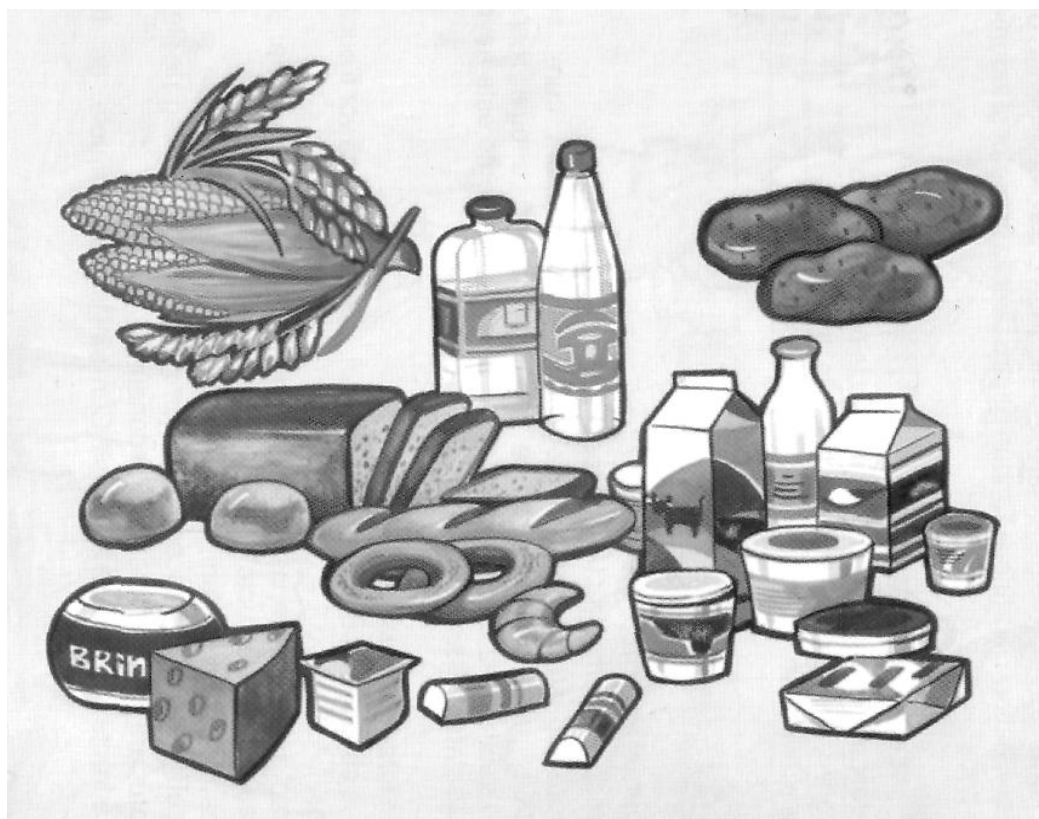


Fig. 25. Alimente complementare
Cronologia introducerii complementului în alimentație
(OMS, UNICEF)

Alimente	Lunile primului an de viață										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10-11	12
Suc de fructe						5-50	50	50	50	50	50
Piureu de mere						10-50	50	50	50	50	50
Fiertură de fructe și legume						10-70	70	70	70	70	70
Brânză de vaci						5-40	40	40	40	40	40
Gălbenuș de ou							1/2	1/2	1/2	1/2	1/2
Piureu de legume						30-80	130	150	160	160	160
Unt						2	3	4	5	5	5
Ulei vegetal						1-1,5	2-2,5	2,5	2,5	3	3
Terci consistent						10-60	150	160	180	180	180
Pâine								3-5	5	50	50
Pesmeți								3	5	50	50
Carne							6-20	20	20	30	30
Ficat								10	20	20	20
Frecvența alăptărilor	8-12					5-6					

Ablactarea

Alimentația la sân este indispensabilă în primele 4-6 luni de viață cu durată optimă până la 18-24 luni. Ablactarea se poate face treptat sau brusc. Ablactarea progresivă se face prin înlocuirea unui supt, fie cu o masă de diversificare, fie cu un preparat de lapte. Administrarea hranei diversificate este și inițierea ablactării în trepte. Dacă este efectuată corect, ablactarea este bine suportată atât de mamă, cât și de copil.

De obicei se face la vârsta de 1,5-2 ani, când copilul este alimentat la sân mai rar. La început sunt înlocuite cu un produs lactat artificial alimentațiile de dimineață, spre exemplu, lapte de vaci, apoi și alăptările de seară.

La femei perioada de involuție după oprirea suptului este mult mai îndelungată decât la alte mamifere, ajungând până la 40 de zile. Avantajul este, că lactația poate fi restabilită după o întrerupere a alăptării în această perioadă, dacă copilul reea suptul frecvent.

De multe ori metodele *tradiționale* de micșorare a lactației cum ar fi aplicarea unui bandaj strâns pe glandele mamare, micșorarea cantității de lichid, nu sînt eficiente. În aceste cazuri este necesară administrarea de medicamente, în deosebi antagoniștii prolactinei, cum ar fi Parlodelul, comprimate de 2,5 mg, câte o pastilă de 2/zi în timpul mesei, timp de 2 săptămîni.

ALIMENTAȚIA MIXTĂ ȘI ARTIFICIALĂ

Alimentația mixtă

Alimentația mixtă este alimentația sugarului în primele patru luni de viață cu lapte uman și cu un alt fel de lapte.

Indicațiile alimentației mixte sunt: hipogalactia, absența mamei de la unele supturi prin reluarea activității profesionale, prematuritatea.

Tehnica alimentației mixte cuprinde două procedee:

1. **Metoda complementară** practică în caz de hipogalactie la mame. Ea constă în punerea copilului la sân, după care hrănirea se completează cu un preparat de lapte pînă la acoperirea rației alimentare la o masă. Metoda este fiziologică, menține stimulul lactației prin suptul regulat cu evacuarea completă a sînilor și oferă ușurarea digestiei preparatului latescent prin aportul de enzime din laptele uman (în special, **de lipază**).
2. **Metoda alternativă** se folosește la sugarii, a căror mame lipsesc o perioadă a zilei de acasă. Alimentațiile complete de lapte uman alternează cu alimentațiile complete cu un alt preparat de lapte. Metoda are dezavantaje: perioadele de timp îndelungate între alaptări condiționează stagnarea laptelui în glanda mamară și, ca urmare, micșorarea secreției lactate printr-un **mecanism feed-back**.

Se va persevera, în mod special, ca în primele 4-6 luni de viață sugarul să fie alăptat exclusiv la sân. Se va recurge însă la alimentația mixtă, dacă:

- *nou-născutul nu depășește greutatea la naștere după 15-20 zile de viață;*
- *sporul ponderal este mai mic de 150 g/săptămîină;*
- *dacă întradevăr această tulburare de creștere nu are alte cauze decît cele de alimentație.*

Rezultatele alimentației mixte sunt superioare alimentației artificiale și apropiate de cele ale alimentației naturale, dacă suplimentul nu depășește cantitativ 1/3 din rația alimentară.

Alimentația artificială

Alimentația artificială este alimentația sugarului în primele 4 luni de viață cu un alt lapte în loc de laptele uman.

Inițierea alimentației mixte sau artificiale necesită respectarea unor principii:

- Noul aliment se va introduce în alimentație numai cînd copilul este sănătos.
- Fiecare aliment nou se va introduce progresiv, prin tatonarea toleranței digestive, în cantități mici care ulterior se vor mări.
- În alimentația mixtă amestecurile artificiale se administrează după alăptarea la sân.
- Nu este rațională folosirea a două sau mai multe formule de aceeași compoziție; folosirea mai multor formule mărește riscul apariției tulburărilor digestive.
- Nu se va apela la schimbarea prea frecventă a alimentului sugarului la o stagnare neînsemnată a sporului ponderal sau la cea mai ușoară schimbare a scaunului, mai ales în primele 3 luni de viață; fiecare aliment nou necesită o perioadă de adaptare.
- Alimentația artificială a sugarului impune respectarea unor reguli suplimentare de igienă în ceea ce privește păstrarea, pregătirea și folosirea amestecurilor latescente. Se impun măsuri suplimentare de sterilizare a biberoanelor și tetinelor.

Stabilirea rației în alimentația artificială

Rația alimentară poate fi calculată prin metodele „clasice” bine cunoscute: *energetică și volumetrică, descrise la compartimentul “ Alimentația naturală”.*

Studiile întreprinse de nutriționiști și pediatri au ajuns la concluzia că un aport caloric insuficient în primul an de viață și mai ales în primele 3 luni, antrenează o încetinire a creșterii fizice și în special a creierului, în ciuda corectării alimentației după această vîrstă.

Numărul de alimentații

Timpul de evacuare a stomacului variază cu vârsta copilului, cu tipul alimentației la sugari (naturală sau artificială) și cu compoziția alimentului oferit. Astfel un prânz de 200 ml poate fi eliminat în 2 ore dacă este reprezentat de lapte uman, în 2,5 ore până la 4 ore în cazul laptelui de vaci și în 4-5 ore în cazul folosirii vegetalelor sau a unei alimentații bogate în grăsimi și proteine.

Numărul meselor variază cu vârsta. La nou-născuți mesele vor fi în număr de 7, adică din trei în trei ore, sau de 6 mese cu intervalul de 3 ore și jumătate. Prematurii și subponderalii vor primi 8-9 mese sau chiar 10 mese pe zi cu intervalul de 2 ore, cu o pauză de 4 ore în cursul nopții. După 5 luni ritmul meselor se va rări la 5, intervalul între mese crescând la 4 ore.

Necesitățile nutritive în alimentația mixtă și artificială

Dacă copilul va fi alimentat cu formule de lapte adaptate, necesitățile sale energetice și nutritive vor fi aproape de cele în alimentația naturală. În cazul folosirii latescentelor parțial adaptate sau neadaptate, are loc asimilarea incompletă a proteinelor din laptele de vaci, de aceea cantitatea lor va fi mărită în primele 6 luni de viață cu 10%, ajungând la 4 g/kgcorp/zi. Necesitățile în lipide și glucide rămân neschimbate.

Formulele de lapte

Emanciparea socio-profesională a femeii, schimbarea concepțiilor socio-culturale și nu mai puțin important, creșterea industriei preparatelor de lapte care prin reclamă iscusit organizată a impus pe piață numeroase produse frumos ambalate și comode în administrare, au condus la o scădere alarmantă și cu consecințe imprevizibile a numărului sugarilor alimentați natural. Deși această „mișcare” a fost inițiată în anii 1950-1960 în țările puternic industrializate, tot aici s-a tras semnalul de alarmă și azi se popularizează prin toate mijloacele superioritatea alimentației naturale.

În ultimele decenii alimentarea la sîn a înregistrat un declin îngrozitor în multe țări ale lumii, în special în țările industrializate. În SUA, numai 25 % din nou-născuți erau alimentați la sîn în primele 7 zile de viață și numai 5 % din sugarii de până la 6 luni erau alimentați natural (în aceeași țară, în anii 1911-1916 doar 58% din copii se mai alăptau până la vârsta de 1 an).

În anul 1912 a fost prezentată la Societatea de pediatrie din Paris prima comunicare despre utilizarea laptelui de vaci pulverizat în alimentația sugarului; o comunicare similară s-a făcut în Statele Unite în anul 1919.

Aceste produse au fost inițial destinate în mod exclusiv cazurilor, în care mamele aveau contraindicație de alăptare.

Laptele de vaci nemodificat are, de la prima analiză, cel puțin **4 dezavantaje** față de laptele uman, prin compoziția sa de bază; **proteine, sodiu și fosfați** în cantități prea mari și **glucide** în cantități prea mici.

Prima tentativă de corectare sau de adaptare a laptelui de vaci a fost diluarea acestuia; prin această metodă foarte simplă este scăzută cantitatea procentuală de proteine, sodiu și fosfor, dar se reduce și mai mult conținutul de glucide, din care motiv s-a impus încă o procedură-zahararea.

Ulterior, s-a utilizat pe larg **acidularea laptelui**, în acest mod se obține un coagulat de cazeină mai ușor digestibil, cu bune efecte antidispeptice, dar totodată invadează organismul cu radicali acizi. S-a propus de către alți dieticieni pediatri degresarea parțială sau totală a laptelui de vaci, în scopul înlesnirii digestiei acestuia, dar schimbarea proporției componentelor laptelui de vaci oferă sugarului un aliment hiperproteic dezechilibrat. Prin anii

1940 unii autori au încercat suplimentarea laptelui de vaci cu lactoză, iar alții au propus înlocuirea grăsimii din laptele de vaci cu uleiuri vegetale, bogate în acizi grași nesaturați. Oricare dintre aceste modificări unilaterale ale laptelui de vacă au unele dezavantaje, reprezentând erori prin simplificare.

Efecte adverse ale folosirii laptelui de vaci în alimentația sugarului

- Suprasolicitarea osmotică renală. La nou-născut în special și la sugarii mici funcția renală este imatură, aceasta explicând posibilitatea apariției deshidratării hipertonică la sugarii hrăniți cu lapte de vaci;
- Acidoza metabolică;
- Deficit de cisteină;
- Aminoacidemie neonatală, cu nivel crescut al tirozinei, fenilalaninei, treoninei, valinei, leucinei, izoleucinei (tirozinemia neonatală are efecte negative asupra dezvoltării SNC);
- Steatorea neonatală indusă de solubilizarea redusă a acizilor grași saturați, de cantitatea sporită de calciu din intestin și sinteza limitată a acizilor biliari. Consecințele sunt: pierderea a 15-20% din calorii, creșterea implicită a aportului de proteine și săruri minerale și hipocalcemia neonatală (prin formarea de săpunuri insolubile de calciu).

Comitetul de Nutriție al Academiei Americane de Pediatrie recomandă ca laptele de vaci să nu fie dat copiilor pînă la vîrsta de 1 an, spre a evita deficiența de fier, acțiunea rahitigenă, riscul crescut de a face alergii, deshidratarea organismului etc. Reieșind din aceste constatări, s-a început fabricarea unor preparate de lapte cu conținut cît mai apropiat de laptele uman.

Clasificarea formulelor lactate

Există mai multe clasificări ale formulelor în raport cu principiul, după care sînt împărțite:

A. După gradul de adaptare:

1. Neadaptate (Clasice)
2. Parțial adaptate
3. Adaptate (umanizate, maternizate)
4. Preparare speciale (terapeutice, dietice).

B. După vîrsta, la care sunt indicate:

1. De start (complete)
 - a) Pentru prematuri
 - b) Pentru nou-născuți la termen
2. De continuare.

C. După particularitatea tehnologică de pregătire:

1. Dulci
2. Acidulate (fermentate)

D. După sursa proteinelor.

1. Din lapte de vaci
2. Din soie (lapte vegetal)
3. Din carne (rareori folosită în acest scop)

E. După particularitatea compozițională:

1. Fără lactoză sau cu cantitatea redusă de lactoză
2. Semiecremate sau degresate
3. Cu conținut sporit de lipide
4. Cu conținut sporit de proteine
5. Cu conținut sporit de oligoelemente, vitamine etc.

Primele formule, din al doilea deceniu al secolului al XX- lea, erau alcătuite din lapte de vaci evaporat și apoi din lapte pulbere, cu sau fără adaus de glucide, vitamine, minerale (fier), continuă și astăzi să fie folosite în multe țări. Ele se încadrează în categoria preparatelor „**clasice**”, reproduc în mare măsură compoziția laptelui de vacă. Ele se mai numesc preparate de lapte praf semiecremate (**Lacto-1, Lacto-2 etc.**)

Preparatele de praf semiecremate sunt caracterizate prin scăderea procentului de grăsimi, astfel devenind mai ușor asimilabile în stările de malabsorbție sau după boli diareice.

În afara acestora se pot folosi cu rezultate bune și preparatele semiecremate acidulate (**Eledon, Prodieton, Acidolact etc.**)

În lipsa formulelor, la sugarul sănătos pentru o perioadă limitată de timp se poate folosi laptele convenționat.

Laptele convențional este o formulă neadaptată, prezintă diluția laptelui de vaci cu apă sau mucilagiu de orez cu 5% zahăr. În primele 2 săptămâni de viață se utilizează diluția laptelui de vaci cu apă(decoct de orez) în raport 1:1.

După vârsta copilului de 2 săptămâni pînă la un an laptele de vaci trebuie dizolvat cu apă în raport de 2:1. Spre exemplu 150 ml lapte se amestecă cu 75 ml apă și 2 lingurițe de ceai cu zahăr la 200 ml (70 kcal la 100 ml). O linguriță de zahăr este egală cu 5 grame.

La fel vor fi folosite și diluțiile laptelui acidulat, biolactul, chefirul. Aceste amestecuri reglează flora intestinală și sunt folosite în afecțiunile diareice.

De reținut că datorită marilor deosebiri față de laptele matern cum ar fi: nivelul scăzut de lipide și acizi grași polinesaturați, nivelul crescut de zaharoză și proteine, care condiționează tulburări metabolice, aceste preparate neadaptate vor fi folosite un timp cât mai scurt și într-un număr de alimentări cât mai limitate.

Al doilea tip de formule, **parțial adaptate sau „convenționale”**, este bazat pe laptele de vaci degresat și pulverizat, la care s-au adăugat uleiuri vegetale și care au fost îndulcite prin adăugare de glucide, de obicei lactoză, altele amidon de porumb, care conțin glucoză, dextrinmaltoză, zaharoză sau fructoză. Concomitent s-a operat mai mult sau mai puțin eficient asupra conținutului de proteine și săruri minerale. S-au obținut astfel formule lactate mai apropiate de laptele uman: **Maliutka, Malîș, Beba-1, Robebi-A, Robebi-B, Humana etc.**

În sfârșit cea mai perfecționată modificare a laptelui de vacă s-a obținut în așa numitele **formule adaptate sau umanizate** (maternizate): **Humana-0, Humana-1, Humana-2(Germania), Agu-1, Similac (Rusia), Băbi-Milc (Rusia) Vitalact (Rusia), Ladușca (Rusia), Nutrillac-1 (Rusia), Nan (Suedia), Nutrilon (Olanda), Bebelac-1(Rusia, Olanda), Pre-Hip și Hip-1 (Austria), Enfamil (SUA) etc.**

În aceste formule se folosește laptele degresat și zerul demineralizat, în care substanțele nutritive sunt „corectate” și aduse ulterior la un nivel calitativ și cantitativ cât mai apropiat de laptele uman. Dacă în privința glucidelor, lipidelor și mineralelor se poate obține o formulă, care se apropie mai perfect de laptele uman, proteinele nu pot fi adaptate dincolo de o anumită limită întrucât aceste produse se bazează pe laptele altei specii. Este evident că aceste formule pot fi adaptate numai într-un anumit grad și că este imposibil să se obțină o formulă cu valoarea nutritivă optimă pentru sugar, atît timp, cît însuși laptele uman e incomplet cunoscut.

Un alt criteriu pentru fabricarea unei formule este cunoașterea cât mai exactă a nevoilor nutritive ale sugarului. Dar și în acest domeniu cunoștințele noastre sunt limitate din cauza variațiilor individuale ale sugarilor sănătoși. Majoritatea datelor se bazează pe observațiile culese asupra sugarilor, care sunt alimentați la sân și au o creștere normală.

Odată cu progresele științei s-au stabilit și cerințele pentru preparatele parțial adaptate și preparatele adaptate umanizate.

Există unele deosebiri între recomandările făcute de AAP (Academia Americană de Pediatrie) și ESPGAN (Societatea Europeană de gastroenterologie și Nutriție Pediatrică), decurgând în special din faptul că în timp ce recomandările ESPGAN au în vedere exclusiv sugarul sănătos, recomandările AAP pot fi folosite ca standarde de preferință și pentru formulele medicale (terapeutice speciale). În general recomandările ESPGAN sunt mai stricte.

Formulele de start, (de început sau complete) acoperă toate nevoile nutriționale ale sugarului sănătos în primele 4-6 luni de viață; pot fi folosite de asemenea până la 1 an ca supliment la alte alimente. Sunt formule de start pentru nou-născuți la termen și formule de stat pentru maturi: **Nan, Nutrilon, Similac, Enfamil, Tuteli, Fricolac, Bona, Nutrilac-1 etc**

Formulele de continuare a alimentației se folosesc după vârsta de 6 luni ca parte a unui regim alimentar mixt și se mai numesc de diversificare: **Humana-2, Similac-1, Similac-2, Enfamil- 2, Nutrilon-2, Nutrilac-6, Hip-2, Nan-6, etc.**

Formulele medicale sau terapeutice sunt de uz dietic special, recomandându-se în stări diverse, conținutul fiecăreia dintre aceste formule fiind racordat la starea respectivă: prematuritate, boli diareice acute sau cronice, boli metabolice ereditare, intoleranță la laptele de vaci sau de alt tip: **Humana-H (lactoză redusă), Humana SL (proteină de soie), Nutri-Soja (delactozat, proteină din soie), Nan-6 cu bifidobacterii, AL-110 (total delactozat), Nan-6 hipoalergic, Disseptolac, Enpit proteic (proteine majorate), Enpit lipidic (lipide majorate), Enpit degresat (lipide reduse) etc.**

Avantajele formulelor de lapte adaptate

- Sunt superioare celor clasice, înlocuiesc cu succes laptele uman în primele luni de viață;
- Concentrațiile de lipide, glucide, proteine și săruri minerale din formulele adaptate sunt apropiate de cele din laptele uman.
- Glucidele constau exclusiv din lactoză, sporind astfel creșterea bifidobacteriilor, antagoniști ai florei patogene.
- Prin folosirea lor se evită înfometarea prin corecția de lipide, însetarea datorită corecției de glucide, suprasolicitarea metabolică hepatorenală.
- Nivelul scăzut de cazeină din formulele adaptate conduce la corectarea raportului de proteine, apropiindu-l de cel din laptele uman (Proteinele în laptele de vaci - 2,8gr/100ml, în laptele uman-0,8-1,2gr/100ml, amestecuri lactate-1,5-1,8gr/100ml) S-a redus efectul nociv al cazeinei asupra rinichilor imaturi, metabolismului mineral și azotat.
- Raportul acizi grași saturați/ acizi grași nesaturați din formulele adaptate este apropiat de cel din laptele uman (45/55), prin adăugarea de grăsimi vegetale (ulei de soie, porumb, floarea soarelui, cocos). Aportul lor insuficient conduce la apariția leziunilor cutanate, fragilitatea părului, stagnarea creșterii etc. Pentru asimilarea mai bună a lipidelor s-a adăugat licetină și carnitină.

Trebuie însă de menționat, că oricât de sofisticate nu ar fi noile tehnologii de adaptare, nici odată aceste formule nu vor putea fi ideale și nu vor putea înlocui cu adevărat laptele matern din simpla cauză, că ingredientele, din care se prepară, aparțin altor specii, diferite de cea umană.

Dezavantajele laptelui adaptat față de laptele uman

- Efectele de lungă durată asupra dezvoltării încă nu sunt cunoscute.
- Este un lapte standardizat (cu o compoziție constantă).
- Este neadaptat pentru alimentarea nou-născutului normal pentru că laptele colostrăl și de tranziție este mai bogat în proteine, săruri și aminoacizi liberi și mai sărac în lipide și lactoză decât laptele matur.
- Adaptarea laptelui prin suplimentarea de proteine de zer, duce la creșterea cantității de betalactoglobulină, cea mai alergizantă proteină din laptele de vaci.
- Nu s-a stabilit cantitatea ideală de fier, cu care să se suplimenteze laptele adaptat.

Reguli de selecție a amestecului lactat pentru alimentația mixtă/artificială a copilului

- Se va consulta suplimentar pediatrul în problema necesității amestecului lactat și a selecției lui;
- Dacă copilul a primit deja o formulă de lapte, a tolerat-o bine și se dezvoltă corespunzător vârstei, concretizați despre ce formulă este vorba și recomandați administrarea ei în continuare;
- Se va lua neapărat în considerație vârsta copilului;
- Se vor prefera formulele cu grad înalt de adaptare, mai cu seamă în primele 6 luni de viață;
- Se vor studia minuțios datele, expuse pe etichetă / conținutul cantitativ și calitativ al ingredientilor, termenul de valabilitate);
- Formula de lapte e bine să conțină preponderent proteine din zer și mai puțin cazeină, pentru a apropia conținutul de aminoacizi de cel al laptelui matern și pentru o mai bună digestie a proteinelor;
- Se va aprecia toleranța individuală față de amestecul selectat, iar la apariția semnelor de intoleranță (erupții alergice, meteorism, regurgități mai frecvente, dureri abdominale, scaune modificate) se va face o evaluare a stării sănătății copilului și, dacă nu există alte explicații a semnelor indicate, se va selecta o nouă formulă.
- Dacă există indicații speciale, se va selecta un amestec dietetic.

Reguli de administrare a formulelor de lapte în alimentația mixtă sau artificială

- Dacă copilul mai primește lapte matern, chiar și foarte puțin, va fi hrănit cu formula de lapte numai după aplicarea la sân;
- Nu se vor propune niciodată din start 2 sau mai multe formule lactate;
- Fiecare aliment nou necesită o perioadă de adaptare. Nu se va schimba îndată alimentul dacă sugarul are o ușoară dereglare a scaunului;
- Nu este rațională utilizarea pe zi a 2 sau mai multe formule de aceeași compoziție;
- Se va evita folosirea biberonului și tetinelor pentru alimentația artificială sau, mai cu seamă, mixtă a copilului: copilul alimentat mixt va refuza în curînd sînul, biberoanele și tetinele mai greu se supun curățirii și dezinfectării, pot provoca astfel o infecție intestinală și au o influență negativă la formarea corectă a mușcăturii și dentiției copilului;
- Biberonul se va utiliza doar în alimentația artificială, respectînd cu strictețe regulile de dezinfectare și păstrare a lor.

La utilizarea biberonului se vor respecta anumite reguli

Înainte de administrare, alimentul se încălzește pînă la 37⁰ C, introducînd biberonul într-o baie de apă caldă. Pentru a preveni răcirea alimentului, biberonul se învelește într-un manșon de lînă sau într-un ștergar.



Fig.26. Poziția sugarului alimentat cu biberonul.

În timpul alimentației sugarul va fi luat în brațe sau culcat într-o poziție oblică de circa 45⁰ (fig. 26). Se verifică temperatura laptelui, aplicînd cîteva picături pe pielea antebrațului. Biberonul se ține astfel încît gura sticlei să fie permanent plină cu lapte, împiedicînd astfel aerofagia (fig.27). Durata alimentației 10-15 minute. Dacă copilul mănîncă prea lacom, în timpul alimentației se vor face pauze scurte. După terminarea alimentației, copilul se va ține vertical pînă se elimină excesul de aer înghițit, apoi se culcă în decubit latero-dorsal.

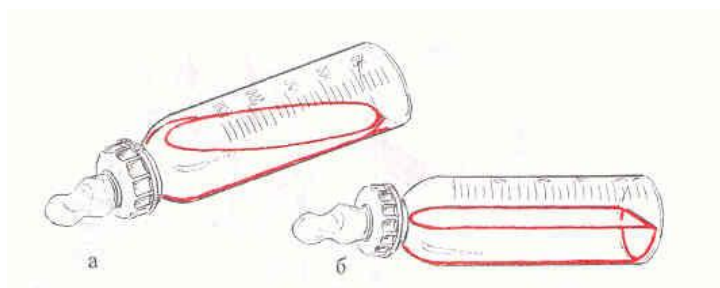


Fig.27 Poziția biberonului: a) corectă b) incorectă

Profilaxia hipogalactiei

Hipogalactia este o stare patologică la mamă în perioada de lactație, cînd scade funcția secretorie a glandelor mamare. Poate fi primară sau secundară.

Hipogalactia primară se întâlnește doar în 5 % cazuri, fiind precedată de:

- stresuri familiale,
- reluarea activității profesionale de către mamă,
- introducerea timpurie a substituenților laptelui matern,
- diverse perturbări neuroendocrine primare,
- utilizarea neargumentată și abuzivă a preparatelor hormonale,
- administrarea anticoncepționalelor orale.

Cauzele ce provoacă hipogalactia secundară, cel mai frecvent întîlnită:

- Aplicarea tardivă la sân a copilului după naștere;

- Plasarea rară a copilului la sân;
- Poziționarea și plasarea incorectă la sân;
- Factorii psihoemoționali negativi, stresul;
- Factori socio-economici nefavorabili;
- Patologiile extragenitale, infecții virotice, boli renale grave, hepatice, anemii, maladii cardiovasculare la mamă;
- Medicația cu preparate ce suprimă lactația: Adrenalina, Noradrenalina, Gastrocepina, Cimmetidina, Ranitidina, Famotidina, Atropina, Parlofen, Linestrol, Levodopa, Progesteron, anticoncepționale orale, Ergotamina, preparate laxative saluretice, Phenobarbital, diuretice etc.

În unele cazuri hipogalactia poate fi *tranzitorie*, manifestându-se prin așa numitele „crize lactogene”, când se micșorează secreția laptelui la mamă din diferite motive:

- Activitatea fizică sporită;
- Creșterea intensivă a copilului;
- Apetit sporit la copil etc.

Crizele lactogene apar de obicei la vârsta copilului de 3-6 săptămâni, apoi la 3 luni, 4 luni, 7 luni și 8 luni. Durata lor este doar de 3-4 zile, însă ele pot prezenta un pericol pentru copil. Mamele care sunt informate de crizele lactogene, la apariția lor, vor aplica copiii mai frecvent la sân, astfel sporind lactogeneza. Mamele care nu sunt pregătite pentru aceasta, la apariția „crizelor lactogene” îndată vor compensa necesitățile copilului cu lapte artificial. Reieșind din aceasta una din sarcinile principale ale medicului de familie va fi promovarea alimentației naturale și prevenirea „crizelor lactogene”.

Simptomele principale ale hipogalactiei sunt:

- Aduș ponderal lunar mic;
- Micșorarea volumului zilnic de lapte la mamă;
- Copil neliniștit;
- Simptomul „scutecelor uscate” (Copilul alimentat satisfăcător urinează cel puțin de 6-8 ori pe zi, urina fiind incoloră sau galben-deschisă);
- Scaun de foame (fecale de consistență dură, culoare verde, cantitate mică);

La apariția hipogalactiei la mamă este necesar de a întreprinde un complex de măsuri, îndreptate spre stimularea lactației:

- Corecții în alimentarea mamei;
- Băuturi lactostimulatoare;
- Proceduri fizioterapeutice;
- Vitaminoterapie;

În calitate de băuturi lactogene se recomandă infuzie de semințe de mărar, de chimen, ceai cu melisă, suc de morcov etc.

Din procedurile fizioterapeutice fac parte iradierea glandelor mamare cu raze ultraviolete, ultrasunet, dușurile fierbinți în regiunea sânilor (T-45° C), masajul sânilor.

Produse bogate în vitamine și minerale recomandate în hipogalactie sunt: Femilac, Olimpic (Rusia), Enfamam (SUA).

Din grupa de medicamente se indică apilac, țerucal etc.

O influență deosebită asupra lactației la mamă o are și alimentația. Este necesar un aport suplimentar în dieta mamei de 500-800 kkal și 20g proteine/zi. Rația alimentară trebuie să fie variată să includă alimente din principalele grupe alimentare:

- Carne și produse din carne;
- Pește și produse din pește;

- Lapte și produse lactate;
- Pâine, crupe, făinoase;
- Unt, ulei vegetal;
- Legume , fructe, sucuri, zahăr.

Se limitează salamurile, laptele de vaci, care poate condiționa apariția alergiei la copil. Se preferă produsele lactate fermentate, brânza de vaci, astfel măbind cantitatea de calciu din rațiunul mamei. Deasemenea se limitează și alte produse alergizante precum ciocolata, tomatele, nucile, mierea de albine, ouăle, căpșunile etc. Este foarte important ca zilnic mama să primească produse bogate în fibre vegetale, care vor stimula peristaltismul intestinelor: 300-500g legume/zi, crude sau prelucrate culinar (morcov, bostan, dovlecei, sfeclă roșie, varză de mare etc), 300 grame fructe (mere, caise, prune, vișine, cireșe etc.), 200-300 ml sucuri. Bogate în fibre vegetale sunt crupele de grâu, hrișcă, ovăz, pâinea neagră, fructele uscate etc. Zilnic rațiunul mamei va conține 20-40grame unt, 20-30 grame ulei vegetal. Se recomandă de limitat zahărul și produsele de cofetărie, care au acțiune prealergică. Deoarece multe produse alimentare, fiind reabsorbite în sânge, se pot secreta cu laptele, mamelor ce alăptează se recomandă de limitat usturoiul, hreanul, ciapa, sarea de bucătărie, scrumbia, peștele sărat, murăturile etc.

Pentru menținerea unei lactații suficiente este necesar ca zilnic mama să utilizeze nu mai puțin de 1000ml lichide sub formă de sucuri, apă, ceaiuri etc.

ALIMENTAȚIA COPILULUI DUPĂ 1 AN

După vârsta de 1 an alimentația copilului continuă să prezinte unul din factorii decisivi, ce determină sănătatea și nivelul dezvoltării fizice a copiilor. Cerința obligatorie este ca prin alimente copiii să primească trofine în cantități și raporturi optimale, corect repartizate în timp, sub formă accesibilă și atrăgătoare.

Datorită maturității funcționale atât a sistemului nervos central și altor organe și sisteme cât și a intensității sporite a proceselor metabolice, organismul copilului reacționează prompt la insuficiența sau surplusul în rația alimentară a unor produse nutritive.

Dezechilibrul alimentar, consumul exagerat sau insuficient de alimente sunt factorii de risc în apariția obezității sau malnutriției, cretinismului, retardului fizic și mintal, reducerii imunității organismului, capacității de muncă etc.

Conform datelor OMS astăzi în lume 400-700 de milioane de oameni suferă de subalimentație, iar 1,4 mlrd - anemie alimentară, 100 milioane de copii până la 5 ani suferă de o insuficiență protein-energetică.

Conform studiului stării alimentației copiilor efectuat în Republica Moldova, a fost stabilit că asigurarea copiilor în familii cu produse alimentare, trofine este deficitară în comparație cu normele fiziologice. Aceasta denotă nivelul înalt a stărilor alimentar-dependente din partea mucoasei cavității bucale, din partea gingiilor, țesutului cutanat, sistemului nervos central etc.

În așa mod alimentația nerațională prezintă un factor de risc major pentru sănătatea și nivelul dezvoltării fizice a copiilor. Pentru dezvoltarea armonioasă a organismului, alimentația, deopotrivă cu aerul atmosferic și apa, e de o importanță majoră.

Alimentația este unica sursă de substanțe vital necesare: proteine, lipide, glucide, minerale, vitamine etc, foarte necesare pentru dezvoltarea și formarea organismului infantil, pentru activitatea și rezistența față de factorii nefavorabili ai mediului înconjurător.

Alimentația copilului da la 1 la 2 ani

După atingerea vârstei de 1 an copilul începe să cunoască independent pe *propriile picioare* mediul ambiant, se formează capacitatea de a comunica cu membrii familiei, se perfecționează funcția sistemului digestiv: se dezvoltă aparatul masticator, sporește activitatea sucului gastric, se completează dentiția temporară pînă la 2 ani, ceea ce permite consumul de alimente mai variate, mai consistente, care necesită rumegarea minuțioasă. Triturarea alimentelor favorizează formarea bolului alimentar și contribuie la dezvoltarea corectă a aparatului masticator, la stimularea secreției sucului gastric.

La această vîrstă se fixează obișnuințe alimentare pentru toată viața, foarte importante pentru starea sănătății de mai tîrziu. Există anumite perioade din cadrul dezvoltării neuropsihice pentru dobîndirea anumitor abilități. De exemplu, dacă sugarul nu a fost învățat să înghită bolul alimentar semisolid de la vîrstă de 6-8 luni, această abilitate rămîne nematurizată pentru o bună perioadă de timp și copilul va refuza multă vreme să primească alimente solide, nu le va mesteca suficient sau le va scoate din gură.

În jurul vârstei de 15 luni copilul începe să folosească cu succes lingurița, poate ține cana în mîină. Aceste acțiuni trebuie acceptate de părinți, însă unii din ei le interzic copiilor să se autoalimenteze astfel evitînd murdărirea hainelor, nu au suficientă răbdare să-i învețe să mănînce corect.

Părinții trebuie sfătuiți din timp privitor obișnuințelor alimentare ce trebuie formate copilului de la cea mai fragedă vîrstă:

- asigurarea unui program regulat al meselor;
- servirea estetică și în condiții de perfectă igienă;
- abandonarea biberoanelor;
- micșorarea consumării alimentelor lichide;
- evitarea consumului de lichide între mese (acestea reduc apetitul);
- evitarea băuturilor dulci înainte de culcare (acestea favorizează dezvoltarea cariilor dentare);
- evitarea consumului exagerat de dulciuri între mese (ele scad apetitul);
- dulciurile se vor servi o dată sau de 2 ori pe zi la sfîrșitul meselor principale;
- evitarea servirii forțate a mesei;

Volumul zilnic de hrană precum și necesitățile în ingredientii de bază și calorii se modifică cu vîrsta:

<i>Vîrsta în ani</i>	<i>Proteine(g)</i>	<i>Lipide (g)</i>	<i>Glucide (g)</i>	<i>Calorii (kkal)</i>
<i>1-1,5</i>	<i>4-4,5</i>	<i>4-4,5</i>	<i>15-16</i>	<i>110</i>
<i>7,5-3</i>	<i>4,0</i>	<i>4,0</i>	<i>14-15</i>	<i>100</i>
<i>4-6</i>	<i>3,5</i>	<i>3,5</i>	<i>14-15</i>	<i>90</i>
<i>7-11</i>	<i>3,0</i>	<i>3,0</i>	<i>12-13</i>	<i>80-70</i>
<i>12-15</i>	<i>2,5</i>	<i>2,5</i>	<i>10</i>	<i>70-60</i>

Proteinele au un rol deosebit în menținerea echilibrului azotat. Consumul insuficient de proteine poate condiționa retardul fizic și neuropsihic, micșorarea factorilor imuni în organism. Foarte sensibil la carența de proteine este țesutul osos și hematopoietic.

Foarte importanți în perioada de creștere sunt **triptofanul, lizina** și aminoacizii ce conțin **sulf (metionina și cistina)**. În caz de deficit de lizină în rația alimentară are loc retardul ponderal și statural, în caz de deficit de triptofan -scade sinteza hematinei, în caz de insuficiență de metionină se modifică metabolismul glucidic – apare hiperglicemia.

Are importanță și coraportul dintre proteinele animaliere și cele vegetale.

Ponderea proteinelor animaliere se micșorează cu vârsta:

1 an - 3 ani	- 75% proteine
4 ani - 6 ani	- 65% proteine
7 ani	- 50% proteine

Lipidele - sunt foarte importante datorită rolului lor energetic și plastic (sunt o parte componentă a membranelor, enzimelor, hormonilor). Ele conțin substanțe foarte necesare organismului: acizi saturați și nesaturați, fosfatide, sterine etc. Lipidele au funcția de purtător de vitamine liposolubile (A, D, E, K) și săruri minerale, prezintă sursa principală de energie din organism (eliberează de 2 ori mai multe calorii decât proteinele și glucidele). Lipidele permit micșorarea volumului hranei și îmbunătățirea calităților ei gustative.

Glucidele - au rolul principal ca material energetic și mai puțin dețin rolul plastic. Ele participă în metabolismul proteic, contribuie la oxidarea lipidelor. Aportul insuficient de glucide și, mai ales, în cazul lucrului fizic intensiv cheltuielile energetice sunt asigurate din contul grăsimilor de rezervă, care încep să se epuizeze, apoi urmează catabolismul proteinelor. Insuficiența de glucide însoțită de exces de lipide și de proteine are ca rezultat dezvoltarea acidozei în organism.

Necesitățile de minerale

Ca	- 1-1,5 g/zi
P	- 1-2 g/zi
Mg	- 12-13mg/kgcorp
Fe	- 0,6 -1 mg/kg corp
Cu	- 0,1 mg/kgcorp
Mn	- 0,1-0,3 mg/kgcorp
Zn	- 0,3 mg/kgcorp

Deasemenea zilnic copilul are nevoie de o cantitate suficientă de K și mai puțin de Na. Necesitatea de Na este asigurată prin aportul de sare de bucătărie iodată, care favorizează dezvoltarea mintală și fizică a copilului. Insuficiența de minerale conduce la diferite dereglări metabolice grave. Surplusul de minerale favorizează osificarea timpurie a scheletului, formarea calculilor etc. La vârsta de 1-3 ani nevoile energetice sunt de 90 kcal/kgcorp/zi, nevoile de lichide - 90-100 ml/kgcorp/zi. Rația calorică va fi acoperită de proteine în proporție de 15%; lipide - 35% și glucide - 50%.

La această vârstă copilul va primi 3 mese principale pe zi din rația familiei și 1-2 gustări:

- Dimineața (ora 7.00) va primi lapte, lapte cu cacao, pâine cu unt, gem, brânză.
- La ora 10.00- 11.00 va primi o gustare formată din fructe cu biscuiți, iaurt cu pâine sau biscuiți.
- La prânz (ora 13.00) va primi 3 feluri: la primul fel - o supă de pasăre cu tăieței de casă sau găluște de gris sau perișoare, la felul doi - piureu de legume cu carne fiartă, pilaf, sufleu de legume, salată, la desert va primi fructe crude, compot, prăjituri de casă, budinci.
- Gustarea de la orele 16.00 va fi alcătuită din iaurt cu biscuiți, fructe, tartină cu unt și

brânză.

- La cină se poate servi mămăliguță cu brânză de vaci, smântână, clătite cu brânză sau dulceață, budincă, lapte cu pâine cu unt, griș cu lapte.

Este necesar de reținut că volumul alimentelor pentru o masă nu trebuie să depășească 180- 220g (12-15 linguri de masă) la vîrstă de 1-2 an și 300 g între 2-3 ani (2 pahare neumplute). Felul nou de bucate se administrează inițial în porții mici. Este important ca aspectul exterior al bucatelor să atragă atenția copilului și să sporească apetitul.

Alimentația copiilor preșcolari (3-6 ani)

În această perioadă a vîrstei organele digestive continuă să se maturizeze, copilul este capabil să primească și să tolereze tot mai multe alimente și preparate culinare. Consistența alimentelor poate fi mai mare, iar cantitatea la o masă de asemenea poate fi sporită. Adesea copiii preșcolari sunt capricioși în alegerea alimentelor. Ei pot să mănînce mult timp aceleași alimente și să refuze altele pentru ca mai apoi, pe neașteptate să renunțe brusc la alimentele pe care le prefera, și să dorească altele. Dacă copilul refuză un aliment foarte nutrițional se va încerca servirea lui într-o formă modificată - *mascată* (de exemplu - adăugarea brînzei în budinci, a oului în supe etc).

Preșcolarul are nevoie de 80 kcal/kgcorp/zi din care 15-18% sunt acoperite de proteine, 25-30% de lipide, 55-60% de glucide. Necesarul de lichide este de 80 ml/kgcorp/zi.

Rația proteică este de 2 g/kgcorp/zi. 60-70% vor fi de origine animalieră, 40-30% de origine vegetală. Sursa de proteine va fi reprezentată de lapte 500-600 ml/zi, carne de pasăre (vită, porc, pește) - 75 g/zi, de brânză de vaci, cașcaval, ouă (un ou la 2 zile).

Rația de lipide este de 2-3 g/kgcorp/zi, sunt administrate sub formă de unt, smântână, margarină, uleiuri vegetale, frișcă.

Rația de glucide este de 10 g/kgcorp/zi. Ele vor fi obținute din pâine, paste făinoase, prăjituri, fructe, legume. Copilul va primi pe zi 1-3 mese principale și 1-2 gustări.

Aportul energetic va fi repartizat în felul următor:

Dejunul	- 15-20%
Gustarea	- 10-20%
Prînzul	- 35-40%
Cina	- 15-20%

În rația zilnică a copilului trebuie incluse toate alimentele ce permit dezvoltarea lui optimală. De asemenea este necesar de a exclude alimentele prea sărate, iuți, condimentele, unele mezeluri, oțetul, alcoolul, cafeaua.

Copilul va fi învățat să se spele pe mâini la fiecare masă și să-și curățe dinții după fiecare masă. Este necesar ca mesele să fie servite în comun cu părinții sau cu ceilalți membri ai familiei.

De la 4 ani copilul trebuie învățat să folosească furculița iar de la 5 ani - cuțitul. Are o mare importanță și durata mesei. Pentru o digestie normală durata dejunului și cinei trebuie să constituie circa 15 min, a prînzului - 30 min. Masa prea îndelungată sau cea pripită are acțiune nocivă asupra organismului copilului.

Alimentația școlarului

La această vîrstă copilul devine din ce în ce mai independent în stilul său de a se alimenta. Durata de timp petrecută în afara familiei este tot mai mare, astfel copilul este mai mult influențat de climatul social și cultural în care trăiește, mai ales de școală. Activitatea

școlară, practicarea sportului, lipsa de acasă a copilului la orele când trebuie să primească una din mesele principale, pot influența negativ asupra alimentației copilului.

Astfel micul dejun poate fi luat în fugă în absența părinților sau poate fi omis. La orele, când foamea este mai accentuată, copilul poate fi la școală, la joacă sau ocupat cu alte activități și atunci poate „mînca ce va găsi” (biscuiți, înghețată etc.). Părinții trebuie avertizați că în timpul eforturilor școlare copilul trebuie să aibă o alimentație echilibrată. Rația calorică a copilului de vîrstă școlară este de 50-60 kkal/kgcorp/zi, din care proteinele reprezintă 15%, lipidele – 30%, iar glucidele – 55%. Necesarul de lichide este de 60 ml/kgcorp/zi. Necesarul de proteine de 2 g/kgcorp/zi. Ele vor fi asigurate de proteine de origine animală în proporție de 50-60%.

Necesarul de glucide este de 8 g/kgcorp/zi și va proveni din pîine intermediară și produse de patiserie, cartofi, orez, legume, fructe etc. Zilnic se vor administra fructe în cantitate de 250-300g. Școlarul va avea 3 mese principale și 1-2 gustări pe zi. Mesele principale vor avea:

- **Micul dejun** - lapte cu tartine cu unt, brînză, gem etc.
- **Prînzul** - supe, ciorbă, carne, pește, cartofi, salată verde, de roșii sau alte crudități, desertul etc.
- **Cina** - două feluri de mîncare, unul cu carne, brînză sau ouă, salată și un desert etc.

VOLUMUL BUCATELOR (g/ml) NECESARE COPILULUI IN DEPENDENȚĂ DE VÎRSTĂ (conform OMS)

Denumirea bucatelor	1-2 ani	3-5 ani	6-7 ani	8-10 ani	11-13 ani	14-17 ani
Dejunul 7.00						
1. Bucate fierbinți (terciuri, bucate din legume, brînză etc.)	150	250	250	300	300-400	300-400
2.Lapte, ceai, cacao etc.	30-70	100	150	200	200-300	200-300
Volumul total de hrană	180-220	350	400	500	500-600	500-700
Gustarea 10.00-11.00						
1.Biscuiți, pesmeți, copturi etc.	50	50	70	100	100	100
2.Fructe, iaurt, lapte, suc, chefir etc.	100	150	180	200	200	250
Volumul total de hrană	150	200	250	300	300	350
Prînzul 13.00-14.00						
1. Felul înii (supă, ciorbă etc.)	40-50	100	100	300	400	400
2.Felul doi (pireu sau sufleu de S.Carne, pește	100 30-50	100 75	125 75	200 80	200 100	250-300 150
4.Fructe, suc, compot.	40-50	75	100	200	200	200-300
Volumul total de hrană	180-220	350	400	780	900	î 000-11 50
Gustarea 17.00						
1 .Biscuiți, tartină cu cașcaval,	50	50	70	70-80	100	150
2.Fructe, iaurt, chefir, suc etc.	100	150	180	200	250	250
Volumul total de hrană	150	200	250	280	350	400
Cina 19.00-20.00						
1 .Bucate din legume, crupe mămliguță, clătite etc.	150	250	250	250	300	300

2.Băuturi fierbinți: lapte, ceai	50-70	100	150	200	200	200
<i>Volumul total de hrană</i>	<i>180-220</i>	<i>350</i>	<i>400</i>	<i>450</i>	<i>500</i>	<i>500</i>
<i>Volumul zilnic de hrană</i>	<i>840-960 inclusiv lapte matern</i>	<i>1450</i>	<i>1700</i>	<i>2030</i>	<i>2200- 2300</i>	<i>2350-2700</i>

CAPITOLUL 5

COPIIUL ȘI FAMILIA

A.Manolache, S.Cobîleanski

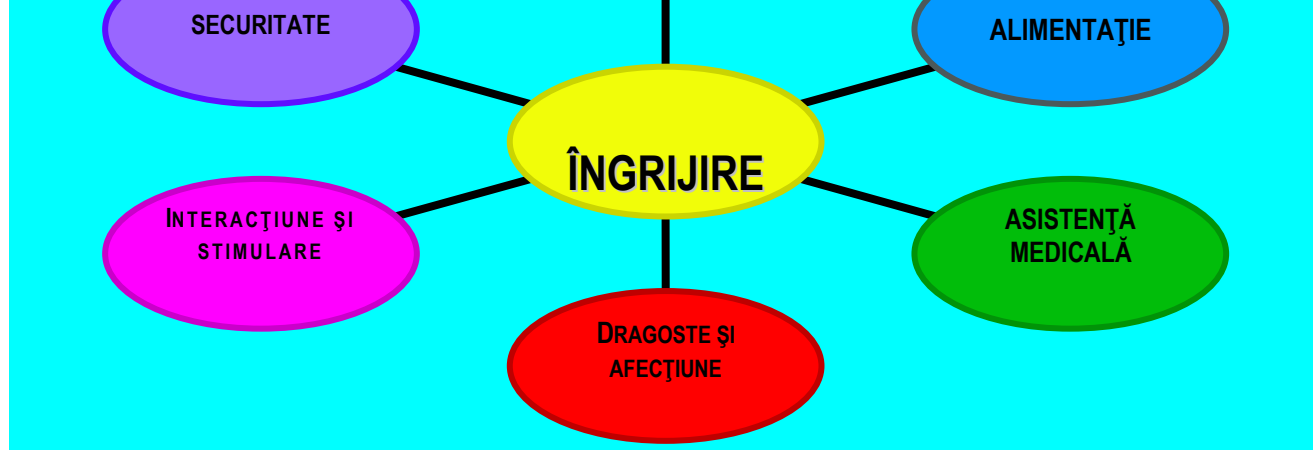
ÎNGRIJIREA PENTRU DEZVOLTARE – STRATEGIE PROMOVATĂ DE OMS

Pentru a crește sănătos SUGARUL trebuie să beneficieze de o relație călduroasă, intimă și continuă cu mama lui, în care ambii să găsească satisfacție și bucurie.

John Bowlbi, OMS/UNICEF

Îngrijirea definește totalitatea practicilor urmate de părinți, îngrijitori non-parenterali și comunități care protejează și promovează sănătatea, nutriția, dezvoltarea psihosocială și cognitivă a copilului.

Îngrijirea este factorul – cheie pentru dezvoltarea reușită a copilului. A îngriji înseamnă a răspunde nevoilor fundamentale ale copilului, ce țin de următoarele domenii:



Îngrijire prin prisma factorilor – cheie pentru dezvoltare

Importanța îngrijirii

Îngrijirea de care beneficiază copilul are efecte puternice asupra supraviețuirii, creșterii și dezvoltării lui.

Îngrijitorul este persoana care are grijă de sugari și copiii mici.

UNICEF a făcut un efort foarte mare pentru a încorpora îngrijirea în activitate de program. De aceea **Îngrijirea pentru Dezvoltare constituie una din strategiile Programului CIMC.**

Motivarea instruirii specialiștilor medicali cu privire la îngrijirea pentru dezvoltare a copiilor

- Vârsta fragedă este cea mai vulnerabilă pentru supraviețuire și asigurarea sănătății ulterioare;
- Măsurile de prevenție și tratament la copii sânt mult mai ușor de realizat și implică costuri mai mici;
- Vârsta fragedă, deși una critică, este de multe ori cea mai neglijată de către programele, politica și bugetul unei țări;
- Primii ani de viață sunt decisivi pentru dezvoltarea intelectului, personalității și comportamentelor sociale ale copilului;
- Primii trei ani și în special primele trei luni sunt critice pentru dezvoltarea creierului;
- Până la trei ani copilul achiziționează 60% din experiența fundamentală de viață (B. Bloom);
- 40% din copiii sub 5 ani decedează la domiciliu din cauze evitabile;
- accidentele, traumele și intoxicațiile ocupă primul loc în structura deceselor copiilor de la 1 la 5 ani;
- foarte puține familii (25% MICS) din Moldova cunosc semnele de pericol pentru viața copilului, ceea ce duce la adresarea tardivă la medic, invalidizare sau chiar deces;
- Copilul este adaptat la mediul său familial unde începe a sesiza unele reguli, stiluri de viață;
- El nu este încă adaptat la caracteristicile foarte complexe ale mediului social;
- Serviciile de îngrijire și dezvoltare a copilului mic nu sânt considerate prioritare;

OMS a studiat sănătatea copiilor orfani (vagabonzi) sau separați de familie care necesitau supraveghere și îngrijire. Studiile realizate de John Bowlby au fost publicate de OMS într-o monografie specială ”Îngrijirea maternă și sănătatea mintală”.

Concluzia principală a lui Bowlby a fost **că pentru a crește sănătos mintal sugarul trebuie să beneficieze de o relație călduroasă, intimă și continuă cu mama lui, în care ambii să găsească satisfacție și bucurie.** Astfel copilul se atașează de persoana îngrijitoare.

De asemenea Bowlby a confirmat că *La fel precum copiii depind în mod absolut de părinții lor în ceea ce privește întreținerea, la fel sunt și părinții, în special mamele, dependente de societate în ceea ce privește asigurarea economică. Dacă o societate își valorează copiii, ea trebuie să prețuiască părinții lor.*

Cadrele medicale trebuie să promoveze interacțiuni afectuoase dintre îngrijitor și copil, ca calitate fundamentală pentru supraviețuirea și prosperarea copilului.

Până acum în medicină nu se recunoștea importanța relațiilor dintre copil și îngrijitor. Medicul era axat doar asupra rolului îngrijitorului de a aduce copilul în instituția medicală pentru a realiza recomandări privind tratamentul și îngrijirea.

OMS a demonstrat cu ajutorul diferitor date empirice disponibile că o relație afectuoasă stabilă cu părinții este la fel de importantă pentru sănătatea și supraviețuirea copilului ca și alimentația și îngrijirea. Această relație satisface necesitățile esențiale ale copilului în ce privește alimentația, siguranța, căldura, afecțiunea și stimularea. De asemenea relația strânsă cu îngrijitorul contribuie la dezvoltarea unui copil sănătos din punct de vedere fizic, intelectual și social, să fie mai rezistent la efectele dăunătoare ale sărăciei și violenței.

Relațiile deficitare dintre îngrijitor și copil, lipsa unei îngrijiri personalizate au un efect dăunător asupra sănătății, creșterii, formării personalității copilului. Cel mai mult suferă de la eșecul acestor relații copiii prematuri, cei cu defecte de creștere, cu malnutriție. De aceea UNICFF, OMS recomandă să lucrăm cu copilul și cu mediul lui cel mai apropiat de îngrijire.

Copii mici depind de îngrijirea pe care o primesc. Ei sunt întotdeauna în grija cuiva. Toate necesitățile copilului trebuie satisfăcute de una sau mai multe persoane, care înțeleg ce vor copiii. Creșterea copilului în toate aspectele sănătății și a personalității depinde de capacitatea adultului de a înțelege, percepe și răspunde la cerințele acestuia.

Îngrijirea copilului trebuie să fie sensibilă și receptivă. Prin urmare trăsăturile-cheie ale comportamentului îngrijirii față de copil sunt ***sensibilitatea și receptivitatea.***



Sensibilitatea reprezintă recunoașterea acțiunilor și vocalizărilor copilului drept semnale care indică necesitățile și dorințele. De exemplu îngrijitorul va fi capabil să determine dacă copilului îi este foame, este obosit, trebuie schimbată lenjeria sau este bolnav.

Receptivitatea reprezintă capacitatea îngrijitorului de a răspunde condiționat și corespunzător la semnalele copilului. Urmărind mișcările copilului, culoarea tegumentelor, temperatura corporală îngrijitorul își va ajusta acțiunile pentru a ajunge la rezultate optime.

Copilul mic, care beneficiază de îngrijire afectuoasă, simte că el este o persoană iubită și se așteaptă ca alții să-l privească în calitate de persoană care merită atenție și dragoste. În

alte cazuri, un copil ale cărui necesități au fost neglijate de obicei, nu se așteaptă ca ceilalți să fie buni și atenți cu el și deseori manifestă un comportament agresiv și defensiv.

Îngrijirea neglijentă a copilului are consecințe grave pentru supraviețuire, sănătate și dezvoltare.

Copiii îngrijiți insuficient pot fi supuși stresului, nu sunt alimentați suficient, pot fi abuzați fizic și psihic, la ei s-ar putea dezvolta malnutriția, ar avea probleme de creștere, iar semnele precoce de îmbolnăvire pot să nu fie detectate.

De exemplu, copiii îngrijiți în grup nu reușesc să prospere, au tendința să fie bolnăvicioși, lor le este dificil să întrețină relații normale apropiate cu alți copii.

Sugarii și îngrijitorii sunt pregătiți prin adaptare evolutivă la interacțiunile afectuoase.

Copiii se nasc cu un șir de reflexe ce le permite să comunice cu cei care îi înconjoară. Din primele clipe ale vieții ei atrag atenția la fețe, gesturi și vocile oamenilor. Ei au capacitatea de a-și exprima emoțiile prin expresii și mișcări ale feței pe care îngrijitorul încearcă să le înțeleagă. Toate ființele umane posedă capacități de a îngriji de copiii mici. Interacționând cu un copil mic, ei își adaptează simplitatea limbii, își modifică întregul comportament pentru a satisface necesitățile copilului.

Barierile care afectează relațiile dintre copil și adult:

- depresia la mamă;
- preocuparea pentru propria persoană;
- dispoziția negativă;
- stresul cronic;
- sărăcia.

Toate acestea îl fac pe îngrijitor :

- să fie nereceptiv față de copil;
- să nu recunoască semnele unei îmbolnăviri timpurii;
- să nu observe că copilul a mâncat în suficient;
- nimeni nu a lăudat copilul pentru eforturile lui da a face ceva.

Defectele îngrijirii pot persista până la adolescență sub forma unor tulburări de comportament, a stărilor de anxietate și depresie. O relație afectuoasă poate proteja copilul de efectele privării, a sărăciei, dezavantajului.

Factorii ce afectează îngrijirea sensibilă și receptivă:

- condițiile socio – economice
- suportul social
- cunoștințe despre sănătatea și dezvoltarea copilului
- starea emoțională a îngrijitorului
- caracteristicile copilului.

În multe țări ale lumii prevalează condiții de sărăcie cronică, violență, instabilitate. Impactul epidemiei HIV/SIDA, vagabondajul reprezintă o criză a dezvoltării umane. De aceea îngrijitorul afectuos și receptiv realizează o protecție suplimentară pentru copiii aflați în astfel de condiții precare. Aceasta cere de la lucrătorii medicali să-și aplice cunoștințele acumulate despre importanța relațiilor dintre adulți și copii.

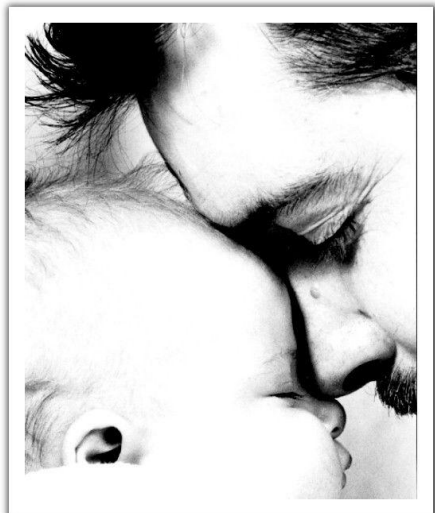
Tristețea copilului este un pericol pentru copilărie

Studiile făcute de Bowlby pentru OMS au arătat că copiii lipsiți de relații afectuoase cu persoanele apropiate, recapătă așa trăsătură ca: apatie, imobilitate relativă, reticență, lipsa relației la stimul, aspect nefericit, apetit indiferent, adaus insuficient în greutate, scaun frecvent, somn prost, predispoziție pentru episoade febrile.

Psihologia dezvoltării

Chiar din primele luni adultul interacționează cu copilul prin priviri, expresii, vocalizări. Aceasta este o **conversare preverbală**. Îngrijitorul atribuie sens vocalizărilor, gesturilor și acțiunilor sugarului și reacționează corespunzător, încercând să-i satisfacă cerințele. Prin interacțiunile prelingvistice, sugarul se învață să comunice cu alte persoane cu mult înainte de a vorbi.

Deși pe parcursul primei luni de viață interacțiunile dintre îngrijitor și copil sunt foarte scurte, de obicei în timpul alimentării, îmbăierii, îmbrăcatului, îngrijirile de rutină – ele sunt foarte importante pentru dezvoltarea copilului.



Sugarii au capacități interne de a recunoaște stările emoționale ale altora și de a se exprima în moduri diferite.

Dezvoltarea perceptivă

Nou-născutul face o mulțime de mișcări faciale ce exprimă fericire, tristețe, frică, îngrijorare, supărare și discomfort. În afară de zîmbet nou-născutul manifestă diferite mișcări ale buzelor ce caracterizează comunicarea preverbală. Sugarul de două – trei săptămîni imită mișcările buzelor și a feței adultului, inclusiv deschide gura și scoate limba.

Imitarea acțiunilor adultului reprezintă prima punte de comunicare dintre sugar și adult.

Sugarii reacționează cu atenție la persoanele care le vorbesc.

Dezvoltarea neurologică a copilului are loc ca răspuns la interacțiunea afectuoasă dintre adult și copil. Creierul copilului este dependent de experiențele privind relațiile cu adultul. Formarea noilor conexiuni și menținerea lor depinde de stimulările senzoriale și motorii din partea îngrijitorului. Sistemul senzorial le permite sugarilor să presimtă acțiunea adultului și să se comporte reciproc.

S-a dovedit că în caz de stres se elimină într-o cantitate enormă hormonul **cortizon** care inhibă dezvoltarea creierului.

Comunicarea emoțională afectuoasă are importanță cardinală pentru dezvoltarea creierului. Dezvoltarea timpurie poate fi stopată sau perturbată de semnale anormale cum ar fi maltratarea.

De exemplu modalitățile de îmbrățișare și legănare a sugarilor sunt niște comportamente de liniștire a copilului.

O importanță deosebită o are vorbirea adultului, care trebuie să fie melodioasă, lentă și va influența benefic la dezvoltarea vorbirii la copil.

Aprecierea îngrijirii pentru dezvoltare

Îngrijirea pentru dezvoltare (ÎPD) a copilului este apreciată de lucrătorii medicali în timpul vizitelor la domiciliu sau în cadrul adresărilor preventive în instituțiile medicale. Lucrătorii medicali depistează problemele îngrijirii pentru dezvoltare și oferă sfaturi corespunzătoare.

Strategiile îngrijirii pentru dezvoltare

- Ameliorează relațiile dintre mamă și copil, oferind sfaturi mamei.
- Oferă recomandări părinților cu privire la consecutivitatea activităților pentru îmbunătățirea ÎPD.
- Oferă ajutor la soluționarea problemelor de îngrijire a copilului.

- Îndrumăază copiii cu probleme de îngrijire în instituții, unde se oferă consultații respective.
- Se bazează pe modalitățile de consiliere recomandate în CIMC folosite la aprecierea alimentației.

Particularitățile consilierii în ÎPD

- Sunt direcționate spre formarea relațiilor emoționale puternice între mamă și copil.
- Recomandările trebuie:
 - Să corespundă posibilităților copilului conform vârstei;
 - Să fie formate astfel, ca orice îngrijitor să le poată realiza;
 - Să fie utilizate ca jucării obiectele de uz casnic;
 - Să fie demonstrate înainte de a vorbi despre ele.
- Îngrijitorul și copilul trebuie să încerce aceste recomandări înainte de a pleca din instituția medicală.
- Personalul îngrijitor este laudat pentru tendința de a ameliora interacțiunile între îngrijitor și copil, spre exemplu:
 - Privește cum copilul tău îți zîmbește și repetă;
 - Privește cum poți ajuta copilul să numere;
 - Vezi cum copilului tău îi place să se joace cu tine.

Atașamentul copilului față de persoanele îngrijitoare

Atașamentul reprezintă apropierea preferențială dezinteresată și aproape inconștientă a unei persoane față de altă persoană. La orice vîrstă o ființă umană este atrasă de alte ființe umane. Pierderea acestei relații este de regulă foarte dureroasă chiar tragică și generează efecte dezastruoase asupra stării de atașament a celui în cauză. Părinții și copilul sunt programați biologic să devină atașați unul de celălalt.

Copilul își formează o sistemă personală de atașare față de adult.

Comportamentele de atașare sunt:

- *plînsul copilului;*
- *zîmbetul și vocalizarea față de îngrijitor;*
- *orientarea atenției spre îngrijitor;*
- *fericirea la reunirea cu îngrijitorul după o separare anterioară.*

Atașamentul față de adult se formează odată cu creșterea copilului, în deosebi se formează în primii doi ani de viață. La 6-7 luni sugarul manifestă un atașament definitiv față de mamă și atitudini prietenoase față de alte persoane. După un an sugarul manifestă atașament progresiv față de alte persoane. În mod normal atașamentul trebuie să persiste sub o anumită formă toată viața.

Atașamentul are un caracter dinamic, adică el apare, se formează și atinge apogeul în anumite condiții ale copilăriei, se poate deteriora sub influența unor factori, slăbește sau chir dispăre. În mod normal atașamentul trebuie să reziste sub o anumită formă toată viața. Pe măsură ce copilul crește, atașamentul își modifică semnificativ natura, calitatea și formele de manifestare, respectiv scade treptat în intensitate. Relațiile de atașament au misiunea de a proteja persoana mai slabă, vulnerabilă în raport cu factorii sau agenții interni sau externi.

Părinții atașați de copil îl vor ajuta:

- să atingă întregul său potențial
- să gîndească logic
- să dezvolte o conștiință
- să dezvolte interesul de cooperare cu ceilalți oameni

- să devină încrezut în sine
- să facă față stresului și frustrării
- să învingă teama și neliniștea
- să dezvolte relații ulterioare
- să reducă gelozia.

Cu cât atașamentul este mai puternic cu atât baza afectivă este mai sigură, curajul copilului este mai mare. În condițiile existenței unui atașament puternic se formează oameni stabili din punct de vedere psihoemoțional, puternici în fața încercărilor, competenți în obligațiile profesionale. Copiii crescuți fără dragoste și fără apropiere sufletească din partea familiei sunt de regulă pasivi, indiferenți, incapabili să cunoască lumea, de aceea ei vor cheltui energie emoțională în căutarea siguranței afective.

Bariere care afectează relațiile dintre copil și adult

- **Din partea mamei:**
 - izolarea după naștere;
 - sănătatea șubredă;
 - depresia la mamă (40% dintre mame au depresie după naștere).
 - preocuparea pentru propria persoană;
 - dispoziția negativă ;
 - stresul cronic;
 - sărăcia.
- **Din partea copilului:**
 - copil nedorit;
 - maltratare;
 - abuz fizic etc.

Clasificarea atașamentului

1. **Sigur.** Copilul simte o protecție definitivă, asigurată de dragostea permanentă a părinților, dragoste care îndepărtează orice stres, dezvoltă curajul de a explora lumea înconjurătoare. Sugarul folosește mama ca bază de explorare. Ei pot fi deranjați sau nu de plecarea mamei însă o întâmpină pozitiv. Ei folosesc contactul cu mama pentru a se calma, pentru a reveni la joacă. Aproximativ 55% din sugari se încadrează în categoria de atașament sigur.
2. **Nesigur–evitant.** Copilul nu este sigur de sentimentele părinților din cauza comportamentului contradictoriu față de el. Acești copii sunt nesiguri în încercările de a explora lumea înconjurătoare. Sugarii pot fi mai prietenoși cu străinii când rămân singuri și ignoră îngrijitorul, când acesta revine. Circa 22% din sugari sunt incluși în această categorie.
3. **Foarte nesigur (ambivalent)** – Copiii au lipsă totală de afecțiune, de dragoste părintească. Acest atașament are consecințele cele mai negative, deoarece:
 - copilul se simte părăsit, neiubit, nu este sigur de sentimentele și dragostea părinților, deci de protecția de care are nevoie;
 - văzînd că nu este ajutat pierde încrederea în ceilalți chiar și în el însuși;
 - văzînd că nu este apreciat copilul pierde încrederea în ceea ce face;
 - copiii concluzionează că trebuie să se descurce singuri și singura soluție este să nu iubească, deoarece lumea din jur este foarte ostilă.

S-a constatat că copilul cu **atașament sigur** au îngrijitori plini de viață cu dispoziție bună. Copiii siguri sunt autonomi, independenți, sunt capabili să-și regleze propriile emoții, să formeze relații apropiate cu alți copii.

Copilul cu **atașament nesigur** au problema comportamentale, au dificultăți în interacțiunile cu alți copii.

Pe la vârsta de 3-4 luni îngrijitorii devin jucăuși folosind fața, vocea, atingerea, diferite jocuri. Sugarul este amuzat de aceste activități, stimulând astfel îngrijitorul să devină și mai jucăuș. Pe măsură ce copilul crește el participă la activitățile de rutină ale familiei.

Aproximativ la vârsta de 9 luni se dezvoltă o nouă formă de interacțiune – în cuplu. Sugarul activează în cooperare cu adultul, repetă activitățile adultului, cum ar fi „bătutul din palme, mișcarea mâinii ca semn de salutare etc”.

Mai aproape de doi ani interacțiunea este însoțită de vorbire. Copilul are un potențial mai bogat de idei non-verbale, parțial verbale și verbale. Ei se angajează în activități imaginare cum ar fi de a se preface că mănâncă, răspund la telefon, imită doctorul, etc.

Activitatea de elev la copil încurajează comportamentul de învățător la îngrijitor.
Cînd mamele copiilor au un comportament depresiv, sugarii devin distrați, negativi sau agitați.

Avantajele atașamentului sigur

Copiii sunt:

- autonomi;
- independenți;
- reușesc să prospere;
- capabili să-și regleze propriile emoții;
- formează relații apropiate cu alți copii.

Consecințele atașamentului insuficient, nesigur

- Agresivitate;
- Aspect nefericit;
- Închiderea în sine, suferă;
- Probleme de creștere;
- Comportament neadecvat;
- Copiii îngrijiți în orfelinate manifestă reacții emoționale neadecvate, au întârzierea dezvoltării vorbirii, nu reușesc să prospere, pot crește în adulți cu tulburări psihice;
- Copiii lipsiți de atașament sunt pasivi, au probleme de comportament, au dificultăți la întreținerea relațiilor normale cu alți copii, se subapreciază, nu reușesc la însușirea diferitor deprinderi;
- Copiii cu atașament nesatisfăcător se atașează de diferite obiecte, persoane adulte străine, jucării.

Evaluarea atașamentului copilului de la naștere pînă la un an

Vedeți dacă copilul:

- Pare să fie atent?
- Răspunde oamenilor care îl înconjoară?
- Arată interes față de îngrijitor?
- Urmărește cu ochii?

- Răspunde oamenilor care îl înconjoară?
- Emite frecvent sunete?
- Are plăcere de la contactul fizic apropiat?
- Semnalizează disconfortul?
- Pare să fie comunicabil sau retras?

Vedeți dacă părintele:

- Răspunde la sunetele copilului?
- Se angajează în contact față în față cu copilul?
- Arată interes și încurajează dezvoltarea potrivită vârstei?
- Își schimbă tonalitatea vocii, când vorbește despre/ sau cu copilul?
- Răspunde la replicile copilului?
- Demonstrează abilități de a calma copilul?
- Primește plăcere de la contactul fizic cu copilul?
- Inițiază interacțiuni pozitive cu copilul (jocuri)?
- Identifică calități pozitive la copil?
- Arată interes cu privire la dezvoltarea copilului adecvată vârstei?

Evaluarea atașamentului la copilul de la un an până la 5 ani

Vedeți dacă copilul:

- Explorează împrejurările?
- Răspunde pozitiv părinților?
- Își găsește ocupație?
- Arată semne de reciprocitate?
- Pare să fie relaxat și fericit?
- Privește la oameni când comunică?
- Se observă că își arată emoțiile?
- Reacționează la durere și la plăcere?
- Vorbește potrivit?
- Se implică în activități adecvate vârstei lui?
- Răspunde la limitările părinților?
- Reacționează la separare sau la întoarcerea părinților?
- Arată semne de mândrie, empatie, rușine, vină?
-

Vedeți dacă părintele:

- Folosește măsuri disciplinare care sunt potrivite pentru vârsta copilului?
- Reacționează la încercările copilului de a face ceva?
- Inițiază afecțiunea?
- Inițiază interacțiuni pozitive cu copilul?
- Acceptă expresii ale autonomiei?
- Consideră un lucru pozitiv, faptul că copilului *copie* un membru al familiei?
- Răspunde la încercările de afecțiune ale copilului?

- Îi impune niște limitări conform vârstei?
- Calmează copilul?
- Sprijină copilul când el prezintă teamă?

Efectele lipsei de atașament la copii

Copiii care au avut probleme de atașament se confruntă cu mari dificultăți în construirea și menținerea relațiilor interpersonale. Cele mai semnificative efecte sunt următoarele:

1. **Retragere**-Mulți copii cu probleme de atașament se retrag de la interacțiuni cu alții, ei ar putea să fie prezenți fizic, dar nu și emoțional. Un alt tip de retragere amintește de frică. Dacă părintele se apropie de copil, el se pitește. Dacă părintele îmbrățișază copilul acesta îl respinge sau se ghemuiește.
2. **Neliniște cronică** –Cea mai înspăimântătoare situație pentru copii este când ei au nevoie de părinte iar acesta nu-i disponibil. Acest tip de neliniște se întâlnește la copiii care au fost despărțiți de părinți fără a fi pregătiți. Așa copii sunt posesivi și agățători.
3. **Contact direct insuficient** – Copiii cu insuficiență de contact direct tind să fie foarte conștienți de ceea ce se întâmplă în jurul lor și să verifice lucrurile din jur printr-o privire oblică și nu prin contact direct – ochi în ochi. Ei pot să facă contact direct numai când se comportă obraznic și astfel ca într-un cerc vicios părinții acestora ar putea să ajungă să trateze acest fel de contact ca pe o insolență.
4. **Comportament agresiv** – Unii copii țin adulții la distanță comportându-se agresiv. Dacă un adult este lovit, îmbrâncit, mușcat sau zgâriat de fiecare dată când aceasta se apropie de copil, este foarte probabil ca el să învețe să păstreze distanța. Dacă copiii fac isterie de fiecare dată când li se cere ceva, mulți părinți consideră că este mai simplu să nu mai ceri. Acest comportament hiperactiv ține adultul la distanță. Părinții consideră că e mai simplu să nu mai ceri ceva de la așa copil.
5. **Afecțiune lipsită de discriminare** – Copilul care arată afecțiune fizică fără discernământ poate să se apropie și să cuprindă un străin virtual și să-i spună „te iubesc”. Așa copii se comportă în mod apropiat cu toți ceilalți. Odată ce atașamentul înseamnă că câțiva oameni sunt mai important decât alții, afecțiunea lipsită de discernământ reprezintă un semn de probleme de atașament. E dificil pentru părinți să se simtă aproape de un copil care se comportă într-un mod apropiat cu toți ceilalți. Pe lângă aceasta copiii care sunt dispuși să plece cu un străin reprezintă o problemă de supraveghere pentru părinții lor.
6. **Copii cu întârzieri în dezvoltarea conștiinței morale** – Acești copii tind să mintă și să fure. Ei pot să mintă despre lucruri lipsite de importanță chiar și atunci când știu că nu ar urma consecințe negative dacă spun adevărul. Totodată este greu de spus când ei mint. Acești copii nu prezintă semne de anxietate când sunt descoperiți.
7. **Copii supracompetenți** – Se pare că acești copii nu au nevoie de părinți. Ei insistă să facă totul de sine stătător la o vârstă foarte fragedă cum ar fi trezirea, îmbăierea, îmbrăcarea, aranjarea camerei fără să fie rugați sau încurajați să o facă. Este foarte dificil pentru părinții acestor copii să se simtă necesari.
8. **Sindromul „2 sau 20”** – Există copii slab atașați, care câteodată par prea maturi pentru vârsta lor și necopți alteori. Ei par să nu primească prea multă plăcere din comportamentul în conformitate cu vârsta adevărată. Acești copii încearcă să se implice în activități de obicei preferate de copii mai în vârstă sau adulți. Atunci când ei se joacă cu copii de aceeași vârstă ei vor să conducă. În unele cazuri ei pot să se comporte ca un tânăr independent de 20 ani. Cu toate acestea, dacă cineva stabilește

niște limite asupra comportamentului lor sau dacă sunt frustrați, ei recurg la istericale, tipice copiilor de 2 ani.

9. **Lipsa de autoconștientizare** – Apare la copiii, părinții cărora nu reacționează la necesitățile lor în copilăria timpurie. Așa copil este inconștient la propriile necesități. De exemplu: pot mânca pînă li se va face rău, nu reacționează la durere, la febră etc.

Metode de încurajare a atașamentului

- Reacționează la nevoia copilului;
- Spune-i: „Te iubesc/ Te susțin/ Te apreciez etc”;
- Împărtășește bucuria copilului cu privire la realizările sale;
- Discută cu copilul în privința problemelor delicate (sexuale, spre exemplu);
- Reacționează cu afecțiune (îmbrățișări, sărutări);
- Ajută copilul să se exprime și să se descurce cu sentimentele sale (furia, frustrarea);
- Citește povești copilului;
- Joacă-te cu copilul;
- Sprijină-i activitățile la aer liber;
- Ajută copilul să deseneze, să scrie;
- Mergi la cumpărături cu copilul;
- Învață copilul să gătească;
- Ajută copilul să înțeleagă glumele sau zicalele din familie;
- Învață copilul să se implice și să participe la activitățile familiei;
- Atîrnă poze ale copilului pe perete;
- Ajută copilul să corespundă așteptărilor altor oameni importanți pentru el.

Modele de îngrijire

Sunt cinci modele de îngrijire:

1. **Întreținerea:** promovarea unei alimentații corecte și a dezvoltării fizice.
2. **Stimularea:** oferirea informației și experienței îngrijitorilor, care să nu fie nici excesive, nici incomplete sau dezorganizate. Efectele dăunătoare ale stimulării au fost deja studiate.
3. **Sprijinul:** de a satisface necesitățile copilului, de a susține comportamentul orientat la scop.
4. **Structurarea:** de a diferenția activitățile adultului în conformitate cu capacitățile și necesitățile copilului.
5. **Supravegherea:** de a monitoriza activitatea copilului.

Toate *activitățile de îngrijire* pot fi folosite într-un episod de alimentare.

Interacțiunea dintre îngrijitor și copil poate da eșec dacă adultul este nepăsător, deoarece copilul încetează să solicite ajutor și alinare de la îngrijitor, chiar dacă unii adulți din preajmă reacționează cu căldură.

Studiile de supraveghere a copiilor crescuți în instituții în primul an de viață au constatat că copiii sunt nesigur atașați, că ei manifestă tulburări socio-emoționale și disfuncții ale personalității. Cauza este că contactele zilnice cu îngrijitorii sunt scurte și copiii sunt frecvent separați de îngrijitori.

Experiența științifică demonstrează că plasarea în orfelinate expune copilul la risc pentru maladii infecțioase și întârzierea dezvoltării vorbirii. Acești copii pot să crească în adulți cu tulburări psihice și neproductivi din punct de vedere economic.

Părinții și alți îngrijitori sunt străjerii primari ai sănătății copiilor.

Părinții determină cantitatea și calitatea hranei pentru copil, asistența medicală de care beneficiază copilul, volumul suportului emoțional și ajutorul pe care îl oferă zi de zi copilului său. Ceea ce face părintele este condiționată de resursele materiale, cunoștințele lor, accesul lor la servicii și caracterul comunității în care locuiesc.

Studiile efectuate indică că morbiditatea și mortalitatea sporită, creșterea întârziată este preponderentă în familia, unde copilul nu este dorit, copilul este supus neglijării, abuzului. Relațiile neglijate între copil și îngrijitor afectează supraviețuirea copiilor și dezvoltarea lor.

Dificultățile de creștere, malnutriția sunt generate de :

- activitatea fizică diminuată a copilului;
- performanța cognitivă deprimată;
- rezistența imunologică scăzută;
- probleme comportamentale.

Interacțiunea apropiată și afectuoasă poate promova creșterea.

Determinantele sociale și personale ale calității interacțiunilor dintre copil și îngrijitor

Calitatea interacțiunilor depinde de un șir de factori:

- calitatea relațiilor matrimoniale (condiții socioeconomice);
- caracteristica copiilor cum ar fi temperamentul;
- resursele psihologice ale îngrijitorului cu accent asupra depresiei.

Condiții socio – economice

Sărăcia creează situații de stres în familie. Părinții luptă pentru a supraviețui și copiii sunt ca o povară suplimentară pentru ei, deaceia copiii pot fi pedepsiți în mod inconștient *ca țap ispășitor*.

Caracteristica copilului

Temperamentul copilului are origine constituțională, el se deosebește la copiii cu dificultăți inclusiv prematurii și cei cu anomalii congenitale. Copiii dificili sunt descriși ca agitați, labili, greu de calmat, cu tulburări de somn, reacții intense la stimulare. Deaceia acești copii prezintă dificultăți pentru realizarea unei îngrijiri sensibile.

Caracteristica îngrijitorului

Caracteristica îngrijitorului include vârsta, starea intelectuală, situația în familie și din afara casei, relații matrimoniale, susținerea comunității. Pentru ca îngrijitorul să fie sensibil și receptiv el trebuie să fie puternic motivat, să înțeleagă importanța îngrijirii afectuoase.

Actual se atribuie o atenție deosebită ***depresiei*** la mame, care are o influență vădită asupra relației dintre îngrijitor și copil.

Depresia la mame se manifestă prin:

- *iritabilitate;*
- *autopreocupare;*
- *implicație emoțională scăzută;*
- *ostilitate sporită (dușmănie);*
- *fatigabilitate;*
- *neajutorare.*

Mamele deprimare sunt retrase, insensibile în relațiile lor cu copiii. Efectele depresiei materne pot persista mult timp în timpul copilăriei și adolescenței sub formă de afecțiune comportamentală, anxietate, depresie etc.

Depresia printre femeile cu copii mici ajunge până la 40-60%.

Depresia maternă joacă un rol mare în riscul îmbolnăvirilor la copii.

De aceea astăzi sunt multe strategii de prevenire ale depresiei materne cum ar fi:

- *alimentația copilului;*
- *igiена;*
- *imunizarea;*
- *educația medicală;*
- *practicile de solicitare a asistenței medicale;*

Ele sunt orientate primordial asupra mamei, care vor fi receptive la mesajele trimise și vor prelua intervențiile propuse.

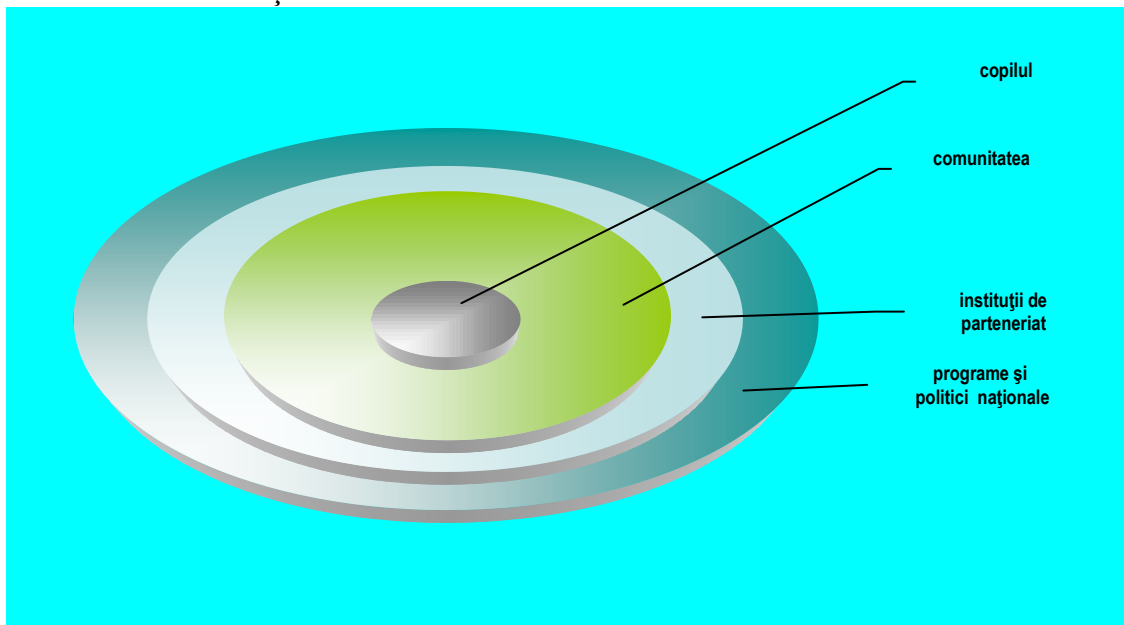
Bunăstarea psihologică a mamei este probabil cheia succesului acestor progrese.

STRATEGII DE LUCRU CU FAMILIA CU COPII MICI

În primii ani de viață copilul se află în îngrijirea părinților și sub supravegherea specialiștilor medicali. Copilul își acumulează și dezvoltă primele experiențe de viață în familie, alături de părinți și frați copilul crește și se dezvoltă. Căminul în care crește, căldura sau indiferența acestuia îi vor modela puternic modul de viață, personalitatea și curajul de a aborda viața. Ceea ce învață copilul în primii ani constituie punctul de plecare al dezvoltării complexe a individului, de aceea este important ca mediul familial să fie sigur și favorabil.

Copilul în dezvoltarea sa este influențat de multipli factori, cel mai important și apropiat fiind familia. Familia are un rol fundamental de integrare socială, încurajând copilul în comunicare, autodeservire, socializare.

Familia îngrijește de copil la nivel practic, emoțional, social, astfel ea trebuie să asigure un mediu protector și stabil. Totodată mediul familial este influențat și susținut de instituțiile comunitare. De aceea, familia impune copiilor anumite valori sociale legate de tradițiile naționale ale comunității.



Instruirea familiilor prin prisma comunității, instituțiilor de parteneriat și politici naționale.

O influență majoră în dezvoltarea copilului o are mediul cu care interacționează familia și copilul și anume comunitatea din care acestea fac parte.

Pentru a asigura dezvoltarea adecvată a copilului părinții au nevoie de instruire, sprijin și susținere, acestea trebuie să fie profesionale, organizate și să corespundă standardelor internaționale. De aceea cadrele medicale trebuie să posedă cunoștințe temeinice cu privire la instruirea părinților privind îngrijirea copilului.

Medicul de familie și asistenta medicală interacționează cu părinții destul de frecvent și cu cât vârsta copilului este mai mică cu atât aceste interacțiuni vor fi mai frecvente. Sunt foarte utile vizitele la domiciliu în cadrul cărora părinții vor fi informați despre îngrijirea corectă a sugarului. Aceasta va contribui la dezvoltarea normală a copilului, la prevenirea îmbolnăvirilor, traumelor și intoxicațiilor.

Ca centru de informație a părinților este și *cabinetul copilului sănătos* care există astăzi în instituțiile medicale primare.

Informația oferită părinților trebuie să corespundă necesităților de vârstă ale copilului, recomandărilor programelor naționale, să fie oferite într-un limbaj accesibil pentru părinți. Este necesar să fie respectate toate principiile de consiliere, ținând cont de faptul că familia este deschisă de a primi această instruire.

Strategii pentru comunicarea cu părinții

- Încearcă să cunoști părinții (ce îi interesează, munca lor, familia etc).
- Comunică întotdeauna cu părinții cu blândețe, fă-i să se simtă la fel de bineveniți, ca și copiii lor.
- Încearcă să folosești sugestiile pe care părinții le-ar putea da. Atunci când ei simt că ideile le sunt luate în serios, aproape sigur se vor implica mai mult în îngrijirea și dezvoltarea copiilor lor.
- Gândește-te la o activitate pe care copilul a îndeplinit-o bine și spune părinților, pentru ca aceștea să devină mândri de copilul lor.
- Fii un bun ascultător, încredințând părinții că preocupările și ideile lor sunt luate în serios.
- Amenajează un panou pentru părinți la intrarea în cabinetul medical.
- Prezintă *broșuri* informaționale referitoare la dezvoltarea copilului care pot fi studiate de părinți.

Examenele preventive examenele de bilanț și vizitele la domiciliu, prevăzute de standarde, sunt momente potrivite pentru instruirea familiilor. Pentru familiile cărora le este dificil să utilizeze serviciile comunitare, o modalitate eficace de a obține informație, îndrumare și susținere sunt vizitele la domiciliu.

Părinții cu sugari și copii mici beneficiază de consiliere în urma vizitelor la domiciliu, fiindcă cadrele medicale ce le oferă servicii pot să:

- *Contacteze familiile care locuiesc la depărtare sau nu dispun de mijloace de transport pentru a vizita instituția medicală;*
- *Reacționeze la necesitățile și interesele unor familii concrete;*
- *Ofere servicii într-un mediu firesc;*
- *Afle mai multe cu privire la condițiile de trai în familii, la necesitățile lor, observând cum interacționează părinții cu copiii în mediul familial;*
- Stabilească relații interpersonale strânse cu familiile, pentru asigurarea eficacității de susținere a familiilor.

Scopul vizitelor la domiciliu:

- Determinarea și îmbunătățirea stării sănătății mamei în timpul sarcinii;
- Determinarea și îmbunătățirea stării sănătății copilului;
- Instruirea părinților cu privire la îngrijirea pentru dezvoltarea copilului;
- Consolidarea relației dintre părinți și copii;
- Fortificarea competenței și încrederii părinților;
- Îmbunătățirea mediului familial pentru a încuraja copilul să crească, să învețe, să se

dezvolte;

- Reducerea impactului factorilor sociali, cum ar fi sărăcia și criminalitatea;
- Depistarea abuzului și neglijării față de copil, prevenirii acestora;
- Identificarea și tratarea copiilor cu necesități speciale, cu retard în dezvoltare, cu deficiențe fizice etc.;
- Încurajarea utilizării adecvate de către familii a resurselor comunitare.

Elemente – cheie pentru eficacitatea vizitelor la domiciliu :

- Obiective bine definite individual planificate la fiecare vizită;
- Specialiștii trebuie să știe cum să atingă obiectivele stabilite;
- Specialiștii trebuie să fie bine instruiți;
- Colaborarea cu alte resurse comunitare;
- Evaluarea și perfecționarea continuă a calității serviciilor;

Reguli generale în cadrul vizitei la domiciliu :

1. Salutarea:

- Prezentarea lucrătorului medical;
- Se cere permisiunea de a intra în casă;
- Se face cunoștință cu mediul;
- Se observă regulile din casă;
- La vizitele ulterioare se obțin informații privind schimbările după ultima vizită.

2. Examinarea stării sănătății copilului

(Conform vârstei și standardelor).

3. Discuții:

- Discuții generale (pe parcursul întregii vizite):
 - Colectarea informației despre punctele forte și necesități;
 - Stabilirea relației prietenoase, de încredere cu membrii familiei;
 - Modelarea interacțiunii pozitive la momentul potrivit.
- Ascultarea informației din partea părinților despre:
 - Evoluția copilului ;
 - Relația dintre părinte și copil;
 - Probleme personale;
 - Experiențe legate de utilizarea resurselor comunitare.
- Comunicarea informației din partea lucrătorului medical cu privire la:
 - Dezvoltarea copilului;
 - Activități în comun ale părinților și copilului;
 - Programele și serviciile existente;
 - Resursele comunitare.

4. Instruirea părinților:

- Întrebați părintele ce cunoaște deja referitor la subiectul abordat;
- Oferiți informații suplimentare;
- Implicați-vă în activități de învățare;
- Faceți referință la materialele instructive pentru părinți.

5. Încheiere:

- Faceți sumarul vizitei;
- Stabiliți obiectivele ce trebuie atinse până la vizita următoare;
- Stabiliți sarcinile pentru a asigura atingerea obiectivelor;
- Colectați informația necesară pentru următoarea vizită;
- Stabiliți data următoarei vizite și conținutul ei.

Cultivarea competențelor și încrederii părinților:

- ***În timpul vizitelor la domiciliu utilizați deprinderi corecte de comunicare:***

- Întrebați și Ascultați;
- Încurajați prin laude;
- Sfătuiți;
- Verificați cum a înțeles mama explicațiile.

- ***Modelați comportamente și atitudini adecvate***

Asistentele medicale ce vizitează familiile la domiciliu, trebuie să folosească orice situație și posibilitate de a demonstra părinților cel mai adecvat și plin de afecțiune comportament în interacțiunea cu copilul. Ele trebuie să creeze astfel de condiții, încât părinții să repete acest comportament. De exemplu : jocul și interacțiunea cu copilul.

- ***Evidențiați succesele***

Persoanele ce vizitează familiile la domiciliu trebuie să pună în valoare succesele și reușitele părinților obținute în creșterea și educarea copilului. Aceasta contribuie la sporirea încrederii și competenței părinților.

- ***Deprindeți părinții să însușească abilități noi***

Specialiștii medicali ce efectuează vizite la domiciliu pot să le ajute părinților să însușească abilități noi și să ofere informație nouă legată de arta de a fi părinte. Pentru aceasta demonstrați o deprindere nouă. Discutați și îndrumați părinții în timp ce aceștea încearcă să repete după Dvs. De exemplu: să-i facă baie bebelușului, să-i citească ceva copilului mai mare, etc.

- ***Asigurați legături cu comunitatea***

Pentru persoanele izolate de comunitate cadrele medicale sunt cei care le asigură contactul cu lumea din afara casei. Rolul cadrelor medicale, ce efectuează vizite la domiciliu, este de a fi intermediar între familii și prestatorii de servicii. Ei exprimă doleanțele părinților și joacă un rol important în identificarea și solicitarea serviciilor necesare.

- ***Stabilirea raportului***

Cadrele medicale, ce vizitează familiile cu copiii la domiciliu, trebuie să stabilească o relație bazată pe încredere, consecvență și respect. Pentru aceasta folosiți modalități adecvate de prezentare. Povestiți-le puțin din viață Dvs.

- ***Bazarea pe punctele forte***

Depistați toate punctele forte ale familiei, învățați-i pe părinți să le recunoască și să se bazeze pe ele. Adaptați o atitudine pozitivă, orientată spre acțiunile preventive în timp ce acordați susținerea familiei.

- ***Ajutarea părinților la identificarea problemelor***

Persoanele, ce efectuează vizite la domiciliu, pot utiliza metode de susținere pentru a le ajuta familiilor să identifice obstacole în viața. Spre exemplu întrebați: „Ce vă oprește? Ce vă împiedică?”

- ***Ascultarea părinților***

Cadrele medicale trebuie să-și dezvolte abilitatea de a „citi printre rânduri”. Aceasta înseamnă, că ei trebuie nu numai să asculte cele spuse de părinți, dar și să depisteze fapte, despre care părinții nu doresc să vorbească.

- ***Nu vorbiți, ci întrebați***

Întrebați-i pe părinți ce cunosc deja despre copilul lor, aceasta le permite să fie mai înțelegători, comunicativi și mai predispuși să stabilească o relație eficientă. Spre exemplu: „Povestiți-mi ce a mai învățat să facă bebelușul Dvs.? Ce ați observat? Care a fost contribuția Dvs.?”

- ***Oferiți susținere și încurajare***

Lucrătorii medicali, efectuând vizite la domiciliu, constituie o sursă importantă de susținere și încurajare obiectivă pentru părinți, în timp ce ei interacționează cu copilul și își construiesc viața de familie.

Probleme întâmpinate în timpul vizitelor la domiciliu din partea specialistului medical

1. ***Asumarea responsabilităților părinților***

Chiar și cei mai competenți specialiști trebuie să verifice dacă nu încearcă să-și asume responsabilități care le revin părinților, încercând să facă totul singuri, în loc să ajute familia să se dezvolte și să învețe, să se descurce de sine stătător.

2. ***Impunerea propriilor valori părinților***

Toți, care au experiență în calitate de părinți, au anumite atitudini și cred în anumite valori legate de creșterea și îngrijirea copiilor. Din considerente, că majoritatea specialiștilor ce efectuează vizite la domiciliu, au fost și ei părinți, adeseori au tendința să devină propagatori ai metodelor *perfecte*, de exemplu alăptarea la ore fixe. Specialiștii trebuie să țină cont de acest risc în timp ce lucrează cu familiile și să promoveze atitudinile și metodele corecte, bazate pe dovezi ori standarde.

3. ***Stabilirea relațiilor de prietenie***

Cu siguranță relația cu părinții, trebuie să fie prietenoasă, dar în acest context cuvântul *prietenie* semnifică, faptul că a avut loc încălcarea principiilor profesionale. Uneori, *prietenii* își asumă responsabilitățile ce nu le aparțin și încurajează comportamente neproductive sau chiar dăunătoare.

4. ***Generalizarea situațiilor comune pentru mai multe familii (stabilirea stereotipurilor)***

Cadrele medicale, ce efectuează vizitele la domiciliu trebuie să țină cont în permanență de faptul, că situațiile din diferite familii diferă între ele și respectiv soluțiile potrivite pentru o familie pot fi absolut nepotrivite pentru alta.

5. ***Asumarea prea multor responsabilități***

Uneori, necesitățile familiilor cu copii sunt atât de mari, încât medicii de familie, ce efectuează vizite la domiciliu își asumă prea multe responsabilități. Deaceia ei urmează să stabilească limitele adecvate pentru a evita suprasolicitarea asistentelor medicale.

6. ***Implicarea doar a unor membri ai familiei***

În măsura posibilităților, cadrele medicale ce efectuează vizita la domiciliu, trebuie să implice toți membrii familiei. Când e imposibilă implicarea directă e necesar de ținut cont de toate relațiile din cadrul familiei.

7. *Prezentarea opțiunilor limitate*

Când familiile îi solicită persoanei în vizită la domiciliu să le ajute să identifice alternativele existente, ele sunt obligate să fie cât mai creative și să ofere informație cât mai detaliată. Familiile trebuie să cunoască spectrul larg de opțiuni existente.

8. *Influența orgoliului*

Pentru orgoliul unor lucrători medicali, ajutarea familiilor în soluționarea problemelor și satisfacerea necesităților devine o adevărată problemă, deoarece aceste persoane pot să-i trateze cu superioritate pe membrii familiei.

9. *Așteptarea schimbărilor rapide*

Uneori, cadrele medicale ce efectuează vizitele la domiciliu, uită că obișnuințele și comportamentul caracteristic pentru ani întregi ai familiei nu poate fi schimbat brusc. Așteptarea schimbărilor rapide nu este justificată.

10. *Stabilirea obiectivelor nereale*

În încercarea lor de a ajuta familiile și de a le asigura un viitor mai fericit, specialiștii medicali ce efectuează vizite la domiciliu, adeseori stabilesc obiective nereale și imposibile de atins. În aceste cazuri specialiștii medicali determină, de fapt, eșecul familiei.

11. *Lipsa cunoștințelor*

Chiar și persoanele, ce au cele mai nobile intenții pot eșua, dacă nu posedă cunoștințele necesare legate de dezvoltarea copiilor și arta de a fi părinte, precum și dacă nu au capacitatea de a obține acces la resursele necesare.

12. *Refuzul de a accepta, că în unele cazuri scopul vizitelor la domiciliu este contrazis de alte probleme*

În unele familii, vizitele la domiciliu pot cauza mai multe probleme, decât ajutor la soluționarea celor existente. În unele cazuri, persoanele ce efectuează vizite la domiciliu, trebuie să admită că este necesară intervenția specializată, sau tratamentul forțat și trebuie să fie predispuși să se detașeze de situația creată.

13. *Încălcarea principiului confidențialității*

Membrii familiilor trebuie să știe că cele discutate cu persoana ce îi vizitează la domiciliu constituie informație confidențială. Persoanele ce efectuează vizite la domiciliu trebuie să-i informeze pe membrii familiilor despre faptul, cine va avea acces la informație.

Căi de a stabili relații strânse cu familiile

1. *Fii pozitivă*

Vorbește despre ceea ce vezi bun la copil. Arată că ești interesată și că vrei să ajuți.

2. *Fii parteneră*

Subliniază ideea că este nevoie să conlucrați. Spune-le cât de important este ajutorul lor și folosește ajutorul lor. Decideți împreună cu părinții orice evaluare despre copil, dând dovadă că ați înțeles și că acceptați punctul lor de vedere, ca fiind foarte important. Căutați să aveți obiective comune cu familia.

3. *Fii flexibilă*

Vorbește părinților la nivelul acestora, întâlnește-te cu ei într-un loc plăcut, la o oră convenabilă. Nu-ți prezenta întâi propriile idei, dar caută să afli care sunt părerile lor pentru a elabora împreună strategii de lucru.

4. Fii o bună observatoare

Reține ce spune și ce nu spune părintele. Fii atentă la tensiuni, ezitări, excitații etc.

5. Ascultă în mod activ

Nu întrerupe pentru a spune ce ai fi făcut tu. Fii atentă și aprobă pentru a arăta că ascuți și că ești interesată. Reflectă la ceea ce crezi că spune sau simte părintele.

6. Începe discuția de la momentul când părintele este pregătit pentru aceasta

Ajută-i să se simtă relaxați și confortabili. Încurajează-i să vorbească. Află ce le place la copilul lor, care sunt cauzele îngrijorărilor, cu ce ar dori să continueți. Oferiți recomandări în trepte de dezvoltare și părinții vor progresa în același mod.

7. Pune întrebări complexe

Facilitează conversația punând întrebări care necesită mai mult decât un DA sau un NU. Evită să indici părinților un răspuns. Spre exemplu:

- Ce face copilul când? _____ ?
- Ce faceți atunci când _____ ?
- Cum vă disciplinați copilul _____ ?

8. Fă comentarii bine gândite

- Comentează pentru a asigura, încuraja, pentru a îndruma cu grijă părintele pe calea unor probleme relevante. Oferă mereu informații care să explice de ce se ia o decizie sau alta, cum se petrec lucrurile și de ce este nevoie de o măsură sau alta. Fii sigura că folosești limbajul părintelui.

9. Răspunde la întrebări personale

Fii deschisă, concisă, spune adevărul. Folosește referințe personale atunci când este cazul și care nu te jenează.

10. Relațiile bune necesită timp

Lucrul cu părinții este un proces în care dezvoltarea înțelegerii și încrederii necesită timp îndelungat.

Profilaxia conflictelor

- Evitați acuzațiile;
- Nu folosiți un limbaj agresiv;
- Folosiți cuvintele ce-l va interesa pe părinte;
- Faceți un pas înapoi. Admiteți că ambii sunteți nervoși și întrebați-l cum vede el soluționarea problemei;
- Fiți de acord în privința unor deosebiri;
- Ascultați punctul de vedere al celuilalt;
- Nu folosiți amenințările, acușările și reproșul;
- Concentrați-vă asupra felului în care puteți rezolva problema.

Principii de consiliere

- *Consilierul* stabilește tonul conversației. Cu cât este mai sincer, blând, relaxat și receptiv, cu atât mai bun va fi rezultatul. Fii și tu însuți așa.

- Nu face presupuneri și categoriza. Oamenii sunt diferiți. Vei pierde din vedere informații importante dacă te vei baza pe stereotipuri.
- Trebuie să ascuți în liniște dar activ. Acest lucru nu este ușor, și cere o concentrare asupra conținutului, detectării indicilor nonverbale, a încurajării verbale și nonverbale.
- Acordă-i părintelui șansa de a prelua inițiativa. Lasă părintele să spună de ce a venit la tine. Lasă-l să explice care-i problema. Nu presupune că ceea ce tu vezi drept o problemă este de asemenea o problemă și pentru alții.
- Atunci când este posibil, pune întrebări deschise. Astfel vei elimina a parte a prejudecăților tale, vei facilita o comunicare mai reușită, și vei observa mai multe sentimente autentice. E mai bine să întrebi: „Cum te simți în această situație?” decât „Te simți prost în această situație? ”
- Când pui o întrebare, așteaptă răspunsul. Nu condiționa întrebarea, nu pune alte întrebări, nu răspunde la ea în locul părintelui.
- Adoptă cadrul de referință intern al persoanei date. Privește lucrurile prin ochii părintelui. Concentrează-te pe acceptare, nu apreciere.
- Reacționează la sentimente, nu doar la faptele auzite, încearcă să depistezi stări emoționale, întreabă despre ele. Persoana dată se va implica la un nivel mai profund odată ce vei fi pătruns de sentimentele ei.
- Încearcă să te abții de la judecăți. Conștientizează momentul când simți că judeci, recunoaște această stare, și încearcă să nu o arăți în exterior.
- Transmite-i persoanei date, că există anumite soluții și opinii pe care ea poate să le aleagă. Prezintă-i consecințele fiecărei opțiuni.
- Nu soluționa problema în locul părintelui. Uneori părintele va încerca să-ți transmită responsabilitatea găsirii unei soluții. Nu accepta această responsabilitate, deoarece consecințele deciziei le va suporta tot el.

COMUNICAREA CU COPILUL

Comunicarea este definită ca transmiterea unui mesaj de la o persoană la alta, este un mod de interacțiune psihosocială a diferitor persoane realizat prin intermediul diverselor simboluri, coduri.

- Comunicarea copilului cu mama, conform datelor științifice, începe cu mult înainte de nașterea lui. Încă în perioada dezvoltării intrauterine, între mamă și copil se stabilesc relații de comunicare afectivă. Mama își îndrăgește copilul începând cu momentul când acesta dă primele semne de viață. Toată perioada sarcinii, mama îi dă un nume, comunică cu el așteptându-l. Această atitudine o face să fie calmă, încrezătoare în relația sa cu copilul, relație care urmează să se stabilească ulterior. Copilul la rândul său, se simte în siguranță, fapt care influențează pozitiv dezvoltarea sa.
- Comunicarea ca relație începe la naștere, odată cu primul țipăt al copilului înainte ca pruncul să pronunțe primele cuvinte. Atașamentul ca formă de comunicare emoțională, care se stabilește între mamă și copil, tată și copil, alte persoane din anturajul acestuia, permite copilului să se simtă liber, încrezător, protejat și iubit. Cercetările au

demonstrat că atunci când copilul este separat de mamă el se simte agitat, devine nervos, neliniștit, plânge încercând să se opună separării. Aceleași cercetări au evidențiat că neliniștea apărută la despărțirea de mamă se păstrează până la vârsta de 2,5 ani la fetițe și 3,5 ani la băieți. Este important ca părinții să le ofere copiilor certitudinea că sunt iubiți și protejați.

Comunicarea cu copilul în perioada intrauterină

E posibil așa ceva?

E posibil! Comunicarea în această perioadă nu numai că este posibilă, dar este și foarte necesară și utilă. Cercetările de ultimă oră au dovedit că fătul înregistrează sunetele venite din exterior. Ca dovadă, sunt mișcările și schimbarea poziției fătului în mediul intrauterin în momentul când mama se află într-o ambianță zgomotoasă. Atunci când sunetele sunt armonioase, spre exemplu, când mama ascultă muzică, s-au se adresează lui cu blândețe, s-a observat că reacția copilului este și ea adecvată conținutului și caracterului muzicii sau cuvintelor adresate lui. Și, mai mult ca atât, fătul, foarte de timpuriu înregistrează și *decodifică* mesajele primite de la mamă, fie că sunt transmise prin intermediul cuvintelor, fie prin intermediul gândurilor. Cercetătorii au observat că atunci când mama este dominată de emoții și gânduri pozitive, copilul este foarte calm și liniștit. Cu totul altfel de comportament dovedește fătul, atunci când gândurile mamei sunt negative. El devine foarte agitat, mai ales, în cazurile când mama nu se bucură de existența lui, sau, și mai grav, când pune la îndoială necesitatea venirii pe lume.

Ce trebuie să-i spunem copilului în această perioadă?

Întîi de toate trebuie să-i spunem că îl iubim, că este dorit și așteptat. Acest mesaj îl putem transmite prin gânduri sau cuvinte. Este știut că fătul se liniștește atunci când mama îl mângâie. Atunci când mama pune mîna pe burtă efectuând câteva mișcări circulare, mîngîind locul unde *bate*, copilul simte și decodifică această acțiune și se liniștește.

Cercetările efectuate asupra evoluției copilului în perioada prenatală și postnatală au demonstrat că pruncii născuți de mame care au comunicat cu copiii în perioada prenatală, sunt mai dezvoltăți sub aspectul fizic și cel intelectual. Coeficientul de inteligență este mai mare la acești copii, iar îngrijirea lor este mult mai ușoară. Ei au un somn liniștit, vocea mamei este mai ușor recunoscută și servește drept *calmant* pentru copii.

Cum să comunicăm cu CEL pe care îl așteptăm să vină ?

Încă din perioadă intrauterină copilul simte și înregistrează atitudinea afectuoasă a ambilor părinți, dar în mod deosebit, pe cea a mamei.

De aceea este important să-i spunem copilului cât de mult îl dorim, îl iubim și îl așteptăm. Toate mesajele verbale transmise copilului trebuie să fie pozitive, conținând o mare doză de afectivitate. Ele asigură fătului confort și au funcție de protecție, nu permit să ajungă la copil emoțiile negative.

Sugestii practice pentru părinți:

- Comunicați cât se poate de frecvent cu fătul în gândurile dumneavoastră și cu voce;

- Spuneți-i cât de mult îl iubiți, cât de mult așteptați momentul să-l strângeți la piept;
- Faceți planuri de viitor împreună cu el, vorbiți-i orice este legat de existența lui;
- Comentați orice faceți;
- Este foarte important ca tatăl copilului, alte rude și persoane apropiate, să comunice cu copilul când acesta se află încă în uter.

Dezmierdați-l și învățați să-i înțelegeți limbajul mișcărilor lui. Așa veți ști când acesta doarme și când este treaz, veți simți dacă este jucăuș sau liniștit. Copilul răspunde deja la gândurile mamei pline de mângâiere și dragoste.

Toate acestea duc la stabilirea unei legături afective pozitive, a unui contact psihologic foarte strâns între dumneavoastră și copil încă din perioada intrauterină de dezvoltare a acestuia. Ulterior această legătură va contribui la dezvoltarea unor relații interpersonale foarte bune și de durată.

Studiile realizate au constatat:

La trei săptămâni de la concepție el are deja o inimă care bate și sânge care circulă. Particularitățile personalității copilului depind de faptul cât de strâns a fost contactul psihologic dintre mamă și copil în timpul gravidității și nașterii.

La tăticii care încep să comunice cu copiii încă în perioada dezvoltării lor intrauterine, se formează mai repede și mai profund sentimentul paternității.

Comunicarea în timpul nașterii

Momentul nașterii e la fel de traumatizant pentru copil ca și pentru mamă. Trecerea bruscă dintr-un mediu în altul, total diferit de cel în care s-a aflat până la momentul nașterii, este destul de stresantă pentru copil. Stresul enorm din timpul nașterii este incomparabil cu altele pe care le trăiește copilul în perioadele de criză ale dezvoltării, crize pe care le va avea pe parcursul vieții (crizele anilor 1, 3, 7, criza maturității) De aceea este foarte important să organizăm noul mediu în care vine copilul, să fie cât mai mult posibil asemănător cu cel pe care l-a părăsit, iar venirea lui pe lume să fie întâmpinată cu blândețe și tandrețe, excluzând orice momente ce ar putea provoca emoții negative. Copilul nou-născut nu trebuie considerat ca fiind o ființă oarbă, surdă, ci ca una înzestrată cu un nivel de sensibilitate foarte înalt. Orice sunete stridente, lumină puternică etc., deranjează auzul și vederea copilului, de aceea vom avea grijă să vorbim blînd, încet și foarte calm, iar lumina din cameră să nu fie puternică.

În uterul mamei se simțea în siguranță, susținut și înconjurat de căldură și dragoste. Părăsind acest mediu confortabil copilul are nevoie de condiții similare. Pentru aceasta imediat după momentul nașterii va fi așezat cu grijă pe burta mamei cu fața în jos, cu mâinile și picioarele îndoite sub el, în poziția lui originară. Mama va masa încet și continuu spatele. Acest tip de masaj, masajul spatelui, va fi continuat pe parcursul primelor două luni pentru a-l ajuta pe copil să depășească disconfortul adaptării la mediul extrauterin. Acțiunile de netezire pe spate e bine să fie însoțite de vorba blîndă și duioasă a mamei, oferindu-i copilului senzația de siguranță și căldură.

Comunicarea cu copilul în perioada postnatală

Activitatea de comunicare cu copiii în perioada postnatală se realizează pe două planuri: **comunicarea afectivă** (emoțională sau sentimentală) și **comunicarea cognitivă** (intelectuală sau rațională). Pentru o dezvoltare normală și sănătoasă copilul are nevoie în aceeași măsură de ambele. În relația părinte-copil acestea se realizează concomitent și este bine să fie asigurat un echilibru între ele, să nu se facă una în detrimentul celeilalte.

Principii generale în sistemul de relație ADULT-COPIL

Orice tip de comunicare, interacțiune adult-copil, trebuie să aibă la bază următoarele principii atitudinale generale:

- **Acceptarea copilului.** A accepta copilul înseamnă a-i respecta dreptul de a fi individualitate, de a fi deosebit de ceilalți. În comunicarea cu copilul acceptarea lui ar însemna să-l ascuți, să-i acorzi timpul necesar, să renunți la critici, să-l apreciezi pozitiv, iar atunci când a greșit - să criticați acțiunea, greșeala, dar nu copilul. Bucuria și satisfacția pe care o manifestați atunci când vă întâlniți cu copilul este limbajul prin care copilul simte și înțelege că este acceptat. Micuțul care se simte acceptat crește și se dezvoltă mai bine.

- **Respectarea copilului.** A respecta copilul înseamnă a-l trata corect, ca pe o personalitate aflată în curs de formare, a-l accepta ca partener cu drepturi egale în relația de comunicare, oferindu-i posibilitatea și libertatea de a-și exprima opinia, de a alege singur când și cu ce să se joace etc. Atunci când acordăm atenție copilului, când ascultăm cu interes ceea ce ne spune și dăm importanță lucrurilor pe care le face nu facem altceva decât să-i dovedim că îl respectăm. Respectând copilul îi oferim încredere în forțele proprii pentru formarea unei imagini de sinestătătoare, îi satisfacem necesitatea de a se simți protejat și iubit.

- **Încurajarea și stimularea autonomiei copilului.** Copilul tinde să fie independent foarte de timpuriu. La hotarul celui de al treilea an de viață el deja face declarația fermă **Eu singur**. Acest început de *autonomie* cere să fie respectat, dovedind răbdare și oferindu-i copilului timpul necesar să încerce și să reușească. Este important să lăsați copilul să facă *singur* unele lucruri, nu încercați să-i impuneți ajutorul dumneavoastră. În caz contrar copilul va opune rezistență, manifestând capricii, nervozitate, furie. Chiar dacă nu îi reușește să facă lucrul pe care l-a dorit (să-și încheie nasturii, să-și tragă pantalonașii etc.) trebuie să-l încurajați apreciindu-l. A priva copilul de independență ar însemna ca în viitor să avem un copil lipsit de inițiativă, pasiv și neîndemânic.



- **Folosirea limbajului proactiv.** A folosi limbajul proactiv înseamnă să folosești doar cuvintele care încurajează, care comunică copilului mesajul de încredere în forțele și capacitățile sale. Optimismul adultului în comunicare programează copilul pentru reușită și succes.

• **Stimularea activismului verbal.** A stimula activismul verbal al copilului înseamnă să fie încurajate încercările de a vocaliza, de a rosti sunete, cuvinte, imitând cu voce blândă sunetele pronunțate de el. Organizarea tuturor activităților legate de îngrijirea și educația copilului în așa fel, încât să fie însoțite de vorbirea blândă și duioasă a adultului. Adultul va manifesta bucurie și satisfacție atunci când copilul a înregistrat careva progrese în activitățile sale.

• **Respectarea intimității copilului.** Copilul are nevoie de intimitate, de un loc al său, de un spațiu în care să se simtă confortabil și în siguranță. Cu cât este mai mic copilul cu atât spațiul intim de care el are nevoie este mai mare. Dovadă a acestei afirmații este comportamentul nou-născuților în momentul când în camera lor intră persoane străine. Chiar dacă copilul doarme, el se poate trezi când în preajma lui este cineva străin. Persoanele străine care vor să cunoască copilul vor respecta spațiul în care acesta se simte bine. Dacă se încalcă acest spațiu copilul își modifică comportamentul, ascunde mâinile la spate, ascunde fața, întoarce capul sau reacționează prin plîns.

Comunicarea afectivă



Este important să le asigurăm copiilor adăpost, hrană și haine. Dar nu mai puțin important pentru dezvoltarea lor normală este satisfacerea necesităților de comunicare, de a se simți în siguranță, protejați și iubiți, în creșterea copiilor totul depinde de relația de iubire dintre părinte și copil. Nimic nu funcționează cum trebuie în dezvoltarea și creșterea copilului dacă nevoia lui de dragoste nu este satisfăcută. Numai copilul care se simte cu adevărat iubit și înconjurat de afecțiune se poate dezvolta armonios.

Există mai multe limbaje prin care putem transmite mesajele de dragoste copiilor noștri, și anume: *mângâierile fizice, cuvintele de încurajare, timpul și atenția acordată, darurile și serviciile.* Fiecare copil își are limbajul său prin care simte și înțelege că este iubit. Toți părinții își iubesc copiii, dar nu toți pot să găsească limbajul potrivit copilului lor, limbaj pe care copilul îl înțelege. A găsi limbajul care este specific copilului înseamnă a găsi modalitatea cea mai eficientă de a-l face pe copil să se simtă protejat și iubit. Cercetările din domeniul psihopedagogiei au demonstrat că atunci când copilul se simte iubit, este mai ușor să-l disciplinați și modelați, decât atunci când el simte că rezerva sa emoțională nu este alimentată suficient.



Comunicarea și rezervorul emoțional

Copilul are în interiorul său un *rezervor* în care se adună emoțiile pozitive, emoțiile pe care le trăiește atunci când se simte în siguranță, când se simte iubit și protejat.

Pentru starea de bine și confort psihologic, el are nevoie ca acest *rezervor* să fie tot timpul

plin. În momentul când acesta începe să se golească, copilul se simte rău, începe să *cerșească* atenția și dragostea părinților. Și aceasta se manifestă prin dorința de a fi luat în brațe, de a se afla mereu în preajma dumneavoastră, prin frica de a nu fi părăsit.

Dovadă convingătoare a acestei necesități de a avea *rezervorul* mereu plin, sunt cazurile în care, în timpul jocului, copilul își lasă jucăriile, vine și se urcă la mama pe genunchi, o cuprinde strâns, o sărută, apoi, fără a spune vre-un cuvânt, revine iar la jucăriile lui, ca și cum i-ar fi fost sete și a trebuit să-și potolească setea.

Cum putem menține plin acest rezervor ?

Pentru aceasta se recomandă:

- să vă uitați în ochii lui atunci când îi vorbiți;
- să vă uitați la el atunci când vă comunică ceva;
- să-i zâmbiți atunci când face un lucru sau o faptă bună;
- să-l lăudați, apreciindu-l pentru ceea ce este el;
- să-l mângâiați atunci când este trist sau așteaptă să fie aprobat;
- să-l cuprindeți și să-l sărutați, să-l admirați.

Toate aceste gesturi nu vă cer prea mult timp și nici efort prea mare, dar efectele lor în procesul de dezvoltare a copilului vor fi considerabile. „Rezervorul plin” asigură confortul psihic, fără de care nu ar avea loc o dezvoltare sănătoasă și eficientă.

Limbaje de comunicare afectivă cu copilul

Contactul fizic - primul limbaj al iubirii de copii

Prin intermediul acestui limbaj se transmite nou-născutului mesajul de dragoste și siguranță din partea părinților. Acest limbaj este folosit în timpul următoarelor practici de comunicare afectuoasă:

- Masajul
- Mângâierile
- Îmbrățișările
- Ținutul în brațe
- Sărutul

Masajul ca modalitate de comunicare afectuoasă

Masajele aplicate copilului cu dragoste sânt o modalitate eficientă de a-i stimula dezvoltarea. Acțiunile de masare a corpului copilului sunt dezmierdări ce au funcția de a alimenta atât corpul cât și sufletul cu afecțiune. Copilul are nevoie de acest contact al pielii, deoarece acesta îi provoacă un sentiment de căldură și ocrotire. Așa numitul contact *piele-piele* facilitează dezvoltarea normală atât a corpului, cât și a sufletului, copilul se dezvoltă armonios, iar părinții învață să-și cunoască mai bine copilul și să-i înțeleagă limbajul corpului.

Mângâierile fizice

Mângâierea fizică este cel mai simplu mod de exprimare a iubirii necondiționate față de copii. Pentru aceasta părinții nu au nevoie de ocazii sau de justificări speciale, în permanență au posibilitatea de a transmite printr-o mângâiere mesajul lor de dragoste. Limbajul mângâierilor nu se reduce doar la îmbrățișări și sărutări, ci include și alt fel de contact fizic.

Chiar atunci când sunt ocupați cu lucrul, părinții pot să comunice în acest limbaj cu copiii. O mână pusă pe umărul copilului, o atingere ușoară a mâinii, a creștetului, îl face pe copil mai sensibil și mai atent la ceea ce îi spunem și ce facem.

Copilul mic are nevoie de mângâiere, el tânjește după astfel de comunicare. Cât de dese sunt cazurile când copiii se opresc din plâns doar la o simplă atingere cu mâna a frunții lor sau a obrazului. Mângâierile fizice sunt cea mai puternică voce a iubirii pe care o interceptează copilul chiar din primele zile de viață. Copiii au zilnic nevoie de mângâieri afectuoase și pline de tandrețe, iar părinții trebuie să depună toate eforturile pentru a-și exprima astfel iubirea.

În ultimii ani, mulți cercetători au ajuns la concluzia că micuții care sunt ținuti în brațe, mângâiați, îmbrățișați și sărutați se dezvoltă mai devreme din punct de vedere emoțional decât cei care sunt lipsiți multă vreme de acest fel de contact fizic.

Îmbrățișările – o altă modalitate de comunicare afectuoasă su copilul

Copilul are nevoie de multe îmbrățișări pe zi pentru ca să se dezvolte normal. În timpul îmbrățișării are loc schimbul de energie dintre copil și părinte. Copilul primește informația că este iubit și acceptat. O îmbrățișare înlocuiește o sută de cuvinte de genul *te iubesc, îmi ești cel mai drag, etc.* În timpul cât durează o îmbrățișare se realizează schimbul unui volum mare de informație care reflectă atitudinea unuia față de celălalt. Necesitatea mare a copilului de a fi îmbrățișat se justifică prin faptul că el nu deține arsenalul de cuvinte necesare pentru a-și exprima emoțiile și sentimentele trăite. Printr-o îmbrățișare copilul înțelege ceea ce nu este capabil să înțeleagă când i se vorbește.

Ținutul în brațe - un mod de comunicare afectivă sau „moft” al copilului ?

Ținutul în brațe este un mod de comunicare cu copilul, în brațele părinților el se simte protejat și în siguranță. Pentru dezvoltarea armonioasă și echilibrată copilul are nevoie să se comunice cu el și în acest mod. Ba chiar și mai mult, copilul de timpuriu *simte* brațele, el se comportă în mod diferit în funcție de faptul, cine îl ține în brațe. El se liniștește repede dacă este luat în brațe de către mamă și, devine foarte agitat atunci când este luat de către o persoană străină.

În popor se consideră că nu e bine să ții în brațe copilul, pentru că se obișnuiește și astfel va căuta să-l ții tot timpul, manifestând capricii atunci când va fi lăsat în pătuc. Însă știința psihopedagogică recomandă mamei să-și țină cât mai des copilul în brațe și nu doar atunci când a apărut necesitatea legată de îngrijirea lui. Acest mod de comunicare oferă micuțului mai multe avantaje: el se simte în siguranță, este echilibrat emoțional, este mai rezistent la boli, se stabilește un contact psiho-emoțional foarte strâns cu părinții. Cu cât mai des veți lua copilul în brațe, cu atât atașamentul dintre mamă și copil va fi mai profund. Acest lucru rămâne a fi valabil și pentru tată. Pentru ca sentimentul patern să se dezvolte mai devreme și să fie mai profund, este bine să luați cât mai des copilul în brațe.

Studiul realizat în republica noastră cu privire la subiectul analizat a dovedit că cele mai efective, cu un pronunțat impact asupra dezvoltării psiho-emoționale a copilului sunt practicile: „Ținutul în brațe în timpul liber” și atunci „Când copilul se cere în brațe”. Rezultatele studiului s-au repartizat în felul următor: 29,9% - îl țin pe copil în brațe „tot timpul liber”; 34,4% - „când îl hrănesc”; 44,9% - „când se cere în brațe”; 12,7% - „mai rar
--

decât se cere în brațe”; 4,6% - „nu-l țin deloc în brațe”; 6,7% - alte variante. „Când se cere în brațe” - este utilizată mai frecvent, relativ, în familiile cu nivel socio-economic sub cel mediu (37,8%) și mare (36,2%) comparativ cu cei din familiile cu un nivel de bunăstare foarte mic (31,1%).

SĂRUTUL - al doilea limbaj al iubirii de copii

Sărutul este un semn de manifestare a afecțiunii, semn care se oferă spontan și, este exclus să fie cerut sau impus. Copiii vor învăța de la părinți să-și manifeste afecțiunea prin sărutări. Părinții vor face acest gest în mod spontan, atunci când gradul de afecțiune a atins cota maximă, fără ca cineva să le-o ceară. Prin sărut, părinții transmit acele mesaje fără de care copiii nu ar putea să se dezvolte normal. Acestea sunt pentru ei cele mai accesibile și valoroase declarații de dragoste, din care, la rândul lor învață să-și manifeste sentimentele.

Sărutul face plăcere mai mult maturilor decât copiilor și, de aceea, nu este prea înțelept să cereți unui copil să vă sărute. El o va face pentru că îi cereți și pentru că vrea să fie ascultător, dar acesta nu va putea fi calificat ca un gest de manifestare a afecțiunii față de dumneavoastră. El va acționa în dezacord cu sentimentul său real. Dacă nu-i vom respecta sentimentele îl vom învăța să fie fățarnic, cinic.

Cântecul de leagăn - al treilea limbaj al iubirii de copii

Despre cântecul de leagăn se poate spune că este cea mai eficientă modalitate de a comunica cu nou-născutul. Prin sunetele armonioase ale cântecului, mama transmite copilului mesajul de dragoste. Această modalitate de comunicare este accesibilă chiar din primele zile de după naștere. La auzul vocii mamei și a armoniei sunetelor muzicale, copilul se oprește din plâns, se liniștește și adoarme mai repede.

Observările întreprinse asupra somnului copiilor sugari, care au fost adormiți cu ajutorul unui cântec de leagăn, ne-au condus să conchidem următoarele: perioada de adormire a acestor copii este mai scurtă, iar cea a somnului este mai lungă, în timpul somnului acești copii sunt mai liniștiți, surâd mai des. Starea de veghe pentru acești copii decurge fără stări de neliniște și emoții negative.

Despre cântecul de leagăn putem spune că este:

- primul și cel mai valoros dialog dintre mamă și copil;
- modalitate eficientă și accesibilă de comunicare cu copilul;
- instrumentul prin care copilul învață să asculte sunetele;
- modalitatea cea mai eficientă de a transmite mesajul de dragoste;
- forma cea mai potrivită pentru satisfacerea nevoii copilului de a se simți în siguranță și securitate;
- remediul cel mai bun de a calma copilul, de a facilita somnul liniștit și profund.

Copiii, în educația cărora se folosesc cântecele de leagăn sunt:

- calmi și echilibrați;
- au somnul profund, iar când se trezesc sunt voioși;
- în timpul stării de veghe sunt vioi, activi;
- afectuoși și bine dispuși;

- receptivi la diferite sunete;
- mai sensibili și deschiși să comunice cu cei din jur.

De reținut următoarele:

- Cântecul de leagăn stimulează apariția de timpuriu a gânguritului.
- Copiii care ascultă cântece de leagăn au o dicție și un timbru al vocii mai expresiv. S-a observat că atunci când copilului i se cântă, el încearcă să emită în timpul gânguritul sunete asemănătoare.
- Cântecele de leagăn sunt primele și cele mai bune lecții de muzică canto, iar mama este cea mai iscusită interpretă pentru copilul său.
- Cântecul de leagăn este un balsam pentru sufletul copilului pe care poate să-l ofere doar mama.
- Cântecul de leagăn este declarația de dragoste a Mamei pe care Pruncul o decodifică cu sufletul.
- Cântecul de leagăn este întruchiparea chipului blând al Mamei și al Copilăriei.

Încurajarea - al patrulea limbaj al iubirii de copii

Copiii receptează și înțeleg mesajele de dragoste înainte de a înțelege sensul cuvintelor pe care le folosește maturul. Tonalitatea vocii, expresia feții, atmosfera afectuoasă, toate acestea îl fac să se simtă protejat și iubit. Nu este neapărat nevoie să-i spui copilului *te iubesc*. El va simți această prin tot ceea ce face maturul și cum se adresează lui. Afețiunea și iubirea pentru copil înseamnă recunoașterea existenței lui, înseamnă aprecierea calităților, faptelor, acțiunilor lui. Starea de bucurie și satisfacție pe care o manifestă maturul atunci când copilul a realizat sau făcut ceva este o încurajare pentru acesta, astfel el mai repetă acțiunea, așteptând aprecierea adultului.

Deseori copiilor le lipsește curajul atunci când vor sau trebuie să facă ceva nou. Pentru un micuț orice experiență este nouă: să meargă, să vorbească, să rostogolească mingea etc. Încurajând copiii îi ajutam să se dezvolte, să accepte ideile sau cerințele noastre.

Ca o încurajare sună și cuvintele de laudă. Cuvintele de laudă le vom spune atunci când copilul a reușit să facă ceea ce până la momentul dat nu îi reușea. Lauda folosită prea des nu va avea efect pozitiv prea mare. Cuvintele de laudă trebuie folosite cu înțelepciune.

De reținut: Acest limbaj nu necesită efort prea mare, dar efectul lui este enorm. Copiii nu uită niciodată felul cum au fost încurajați sau lăudați.

Atenție: Lauda trebuie să fie sinceră și justificată.

Plînsul copilului - un mod de a solicita afecțiune

S-a constatat că circa 15 % din copii își terorizează părinții cu plînsurile lor. Plînsul sugarului este un mod firesc de a se adapta la lumea înconjurătoare, este unul din cele mai eficiente moduri ale copilului de a intra în contact cu mediul său, de a comunica cu acesta. Unii spun că e bine să-l lași să plîngă. Să fie oare așa?

Înainte de naștere, copilul era stăpânul unui mic paradis, unde totul îl învăluia în căldură, pace și siguranță totală. Ieșirea din acest paradis, adică venirea lui pe lume, înseamnă contactul cu o mulțime de necunoscute cărora trebuie să le facă față. Simțurile lui sunt

stimulate de sunete, de lumini, de mirosuri, totul e nou, este un proces de învățare și de adaptare treptată, pe măsură ce *se obișnuiește, se acomodează* cu acest univers atât de vast.

Plângând, copilul spune că ceva nu este în ordine

Copilul nu plânge că vrea să-ți demonstreze ceva, sau pentru că e răsfățat, ci își comunică astfel starea emoțională, disconfortul, aceasta fiind calea lui cea mai eficientă de a spune ce îl deranjează.

Nu este înțelept să lași copilul, pur și simplu, să plângă, fără să intervii. Este complet lipsit de sens să lași copilul să țipe; el se va liniști doar când motivul pentru care plânge va fi înlăturat.

Motivul pentru care copilul plânge poate fi:

- ***De foame*** - acest semnal se pornește încet și devine tot mai puternic până ce foamea nu-i este satisfăcută.
- ***De disconfort*** - când nu se simte bine (scutecul ud, o haină prea groasă sau prea subțire, temperatura mediului camerei mai joasă de 18° C sau mai mare de 26°C) el plânge tare ca o sirenă.
- ***De durere*** - un țipăt puternic și prelung a cărui intensitate slăbește, apoi reîncepe din nou. Când plânge de durere, copilul își strânge piciorușele spre abdomen.
- ***De plictiseală*** - Copilul plânge doar din simplul motiv că vrea să fie luat în seamă. Se simte singur, părăsit, îi lipsește căldura celor apropiați.
- ***De protest*** - În așa fel copilul protestează atunci când intervine o schimbare neplăcută și se va liniști atunci când aceasta îi va plăcea.
- ***De oboseală*** - își freacă ochii sau urechiușele. Spre seară când copiii oboresc și se apropie ora de somn, ei își freacă ochii sau urechiușele, plâng violent și nu pot fi potoliți.
- ***A avut momente de bucurie intensă*** - Stările de fericire tot pot fi pentru copil stresante și provoacă plînsul. De asemenea plînsul apare după suprasolicitarea emoțională a copilului.
- ***Are temperatură ori îi este prea cald sau frig-*** In acest caz verificați-i ceafa sau pieptul, dacă nu este transpirat sau înghețat.
- ***Simte starea Dvs.*** de agitație sau de supărare care îl face să plângă. Plînsul bebelușului e reacția la starea de neliniște a Dumneavoastră. Experții în psihologia copilului mic confirmă ideea conform căreia micuțul are capacitatea de a simți tot felul de tensiuni care îl afectează. Oricare ar fi natura stresurilor pe care le trăiesc cei din jur, copilul le resimte ca o cutie de rezonanță și la aceeași intensitate și va răspunde plângând. De aceea este important ca alături de copil de păstrat calmul în fața evenimentelor.

Încercați pe rând toate metodele pentru a-l liniști ca să vă dați seama ce-i lipsește și în curând veți înțelege acest limbaj al copilului Dvs.

Nici un psiholog nu Vă va sfătui să-l lăsați să plângă la nesfârșit ca să-l obișnuiești să doarmă singur în cameră sau să-l înveți minte să nu mai plângă fără rost.

Rețineți: Ignorarea frecventă a plânsului copilului poate duce la un comportament isteric și, mai departe – la formarea unei personalități isterice. Îngrijiți cu dragoste de copil, străduiți-vă să nu plângă prea mult, să găsiți cauza plânsului și s-o înlăturați. Răspunsul/reacția imediată și permanentă la plânsul copilului contribuie la stabilirea unei afecțiuni puternice între prunc și adultul care-l îngrijește.

Atenția ce ne-o solicită copilul – un semnal că rezervorul emoțional nu e plin

Cu toții avem nevoie de atenție, ne simțim mai bine când suntem luați în considerație. Cu atât mai mult, această nevoie este resimțită de copii. Copilul are nevoie să fie luat în seamă, el se simte foarte rău atunci când este neglijat.

E lucru aproape imposibil de înțeles pentru mintea și sufletul copilului, de ce spălatul rufelor, sau discuția cu vecina este mai importantă decât el. Așa cum copilul are nevoie de alimente calitative și primite la timp pentru dezvoltarea fizică normală, la fel, are nevoie de atenție și dragoste în cantități suficiente pentru dezvoltarea normală din punct de vedere spiritual, emoțional, intelectual.

Dacă copilul nu este luat în seamă, nu i se acordă atenția cuvenită, atunci el înțelege că nu este iubit, iar aceasta îl va face să se închidă în sine, sau să se răzbune, manifestând capricii, stări de furie și nesupunere. Copilul are nevoie de atenția părinților, iar aceasta ar însemna: să vorbiți cât se poate de mult cu el, să-l ascuți și să-l încurajați, să-l priviți, să-l cuprindeți și să-l mângâiați.

Reguli de aur pentru o comunicare eficientă

Este firesc că toți părinții își doresc să stabilească relații armonioase cu copiii lor. Dar nu este firesc când acest lucru nu le reușește. Uneori se întâmplă ca aceste relații să fie nu așa cum ne-am dori. De sute de ori ne întrebăm, de ce ni se întâmplă să nu fim înțeleși, ascultați de către cei pe care îi iubim atât de mult? De ce uneori copii ignorează ceea ce le spunem? Șirul întrebărilor ar putea continua. Cu scopul de a ușura găsirea răspunsului la aceste întrebări, în continuare propunem un set de reguli care vor ajuta părinții să comunice eficient cu copiii:

1. Încearcă să privești lucrurile cu ochii copilului.

Aceasta te va ajuta să înțelegi mai ușor ce simte și cum trăiește evenimentele și cum gândește copilul dumneavoastră. Gândirea copilului nu este una logică și rațională. Nu are cum să gândească la consecințele acțiunilor sale, urmările pe care le poate avea o faptă sau acțiune. Puteți afla multe lucruri despre micuțul dumneavoastră, îl veți cunoaște mai bine dacă, din când în când, vă veți diminua tendința de a-l dădăci. Așa se va apropia mai mult de dumneavoastră și îl veți stimula să vă mărturisească ce îl preocupă.

2. Zâmbeste-i sincer și mai frecvent.

Fiecare dintre noi are nevoie de zâmbetul cald al celor din jur. Copilul așteaptă tot timpul să-i dai acest semn de afecțiune. Zâmbetul părinților pentru copii înseamnă încurajare,

siguranța că sunt iubiți și că nu ați uitat că ei există. Zâmbetul poate deschide *ușile sufletului zăvorât*. Nu uitați, copilul învață prin imitare, adesea el copie și expresia feții adulților.

3. *Lăudați-l atunci când face un gest generos.*

Încurajările și laudele sunt pentru copil dovadă că tot ceea ce face el este important pentru voi. Arătați-i satisfacție și mulțumire atunci când copilul a făcut ceva frumos. El va mai repeta gestul nu o singură dată pentru a vă vedea bine dispuși. Acest comportament îi va oferi senzația de timpuriu că este ființă capabilă să facă gesturi frumoase și, acest lucru îi va servi drept reper esențial de-a lungul vieții.

4. *Nu-l certați când este în plină criză emoțională.*

Discuția va avea sens mai târziu, după ce starea emoțională s-a echilibrat. Cu atât mai mult, copilul nu va înțelege nimic dacă și dumneavoastră v-ați pierdut calmul și echilibrul. E bine să uitați că el nu poate fi rațional în plină criză emoțională, fie că e manifestată prin lacrimi, furie sau negativism. Mai mult ca atât, țipând la el, îi acutizați instabilitatea emoțională, îi sporiți tensiunea interioară.

5. *Îmbrățișați copilul cât mai des.*

Iubirea pe care o dăruieți copilului dumneavoastră este *umbrela protectoare* sub care el crește armonios. Ea nu trebuie să fie închisă de stresul zilnic al dumneavoastră sau semideschisă pentru că aveți multe treburi. Amintiți-vă în fiecare clipă a vieții că copilul așteaptă de la dumneavoastră căldură, afecțiune și înțelegere părintească. A-l îmbrățișa pe copil, înseamnă a-i oferi doza de afecțiune de care el are nevoie să se simtă protejat. Siguranța oferită copilului prin îmbrățișare, este una dintre principalele condiții pentru dezvoltarea corectă și sănătoasă.

6. *Copilul trebuie să știe că este iubit.*

Prin tot ceea ce faceți demonstrați-i că el este cel mai bun și mai scump din tot ceea ce aveți. Dezmiertați-l, sărutați-i, luați-l în brațe și nu uitați că toate aceste lucruri îi transmit mesajul de care el are nevoie foarte mare pentru dezvoltarea psihică normală. Nevoia de a fi iubit este tot atât de importantă pentru formarea lui intelectuală și morală, precum alimentația și oxigenul pentru existență. Dragostea părinților manifestată necondiționat și inteligent nici într-un caz nu dăunează copilului.

7. *Acordați-i timpul și atenția de care el are nevoie.*

Adesea programul de lucru pe care îl aveți nu vă mai lasă timp să-i acordați atenție și celui mic. Copilului, însă îi este greu să facă față programului și stilului dumneavoastră de viață. El are nevoie să fiți cu el și lângă el, să știe că sunteți în preajmă lui și că vă gândiți la el. Fiind mai mult timp lângă copil îl veți cunoaște mai bine, iar aceasta vă va ajuta să comunicați cu el mai bine și ușor. Fiți cât mai mult timp împreună, trăiți bucuria activităților comune și veți vedea că copilul dumneavoastră este cel mai minunat dintre copii.

8. *Nu luați lucrurile în tragic.*

Îngrijorarea dumneavoastră se transmite copilului. Grijele dumneavoastră legate de faptul că el nu mănâncă îl vor face să fie mofturos, iar insistențele de a-l face mai sociabil, va avea drept consecință tocmai refuzul de a se împrieteni cu alți copii. E necesar să luați în calcul un lucru foarte important fiecare dintre noi are un temperament anume. Nu îl puteți forța pe copil să reacționeze în alt fel decât îi permite temperamentul lui. Ignorarea acestui

lucru creează inhibiții, îi poate bloca ritmurile de dezvoltare ale copilului. Cel mai bun lucru e să-l cunoașteți pentru a nu-i cere ceea ce el nu este capabil să facă.

9. Participați la tot ceea ce face copilul.

Interesați-vă de tot ceea ce face micuțul Dumneavoastră, astfel îl veți face să înțeleagă că el este important în viața Dumneavoastră și că ceea ce face de asemeni este important. Participați în activitățile lui, dar nu uitați să-i oferiți independență și libertate. Anunțați-l că vreți să faceți ceva împreună, cereți-i opinia lui, astfel va învăța să vă ceară părerea atunci când va avea nevoie.

10. Uitați de stresul zilnic și încercați să vă relaxați.

Fiți relaxați în relația cu cel mic și nu lăsați ca povara grijilor să se instaleze între voi. Nimic nu e mai trist pentru un copil decât să își vadă mămica copleșită de probleme pe care el nu le înțelege și care îl țin departe de ea. Clipele pe care i le dăruieți atunci când sunteți împreună valorează foarte mult pentru copil. Jocul împreună, povestea de seară, baia cu un cântec nu pot fi reprogramate.

Nu lăsa pe mâne ceea ce poți face azi. Priviți la copil azi, mâne s-ar putea întâmpla ca el să nu mai caute privirea ta.

Comunicarea cognitivă

- Dezvoltarea limbajului
- Cititul (inclusiv poveștile)
- Stimularea și menținerea interesului cognitiv la copii (întrebările copilului și reacția la ele din partea părinților)

Dezvoltarea limbajului

Copilul începe să răspundă la semnale cam la a opta zi după naștere. Drept dovadă ne servește faptul că atunci când copilul este luat din pătuc întoarce capul sau privirea spre cel care l-a luat: mama, tata sau altă persoană. În prima lună comunicarea se limitează doar la schimbul de priviri sau liniștire, opritul din plâns atunci când este luat în brațe sau aude vocea mamei.

În **luna a doua** copilul percepe persoana care este în preajma lui, se liniștește, deschide gurița, mișcă buzele imitând mișcările de sugere. În timpul alăptării privește fața mamei, atunci când este luat în brațe se oprește din plâns. Se crează impresia că bebelușul încă nu manifestă intenții de a comunica, deși percepe foarte bine tentativele de comunicare ale celor din jur, dar în special pe cele ale mamei.

În **luna a treia** comunicarea înregistrează progrese, apare primul surâs, privește, relativ, mai îndelung persoana care a intrat în câmpul lui de vedere. Foarte ușor se poate comunica cu sugarul prin intermediul unui zâmbet. Copilul, dacă este bine dispus, adică, dacă se simte bine, este sătul, curat, liniștit, poate răspunde **la zâmbet cu zâmbet**. La această vârstă copilul răspunde la inițiativa de comunicare ce aparține maturului. Expresia feței și tonalitatea vocii acestuia are mare importanță pentru întreținerea *dialogului* cu copilul.

În următoarele luni se înregistrează saltul calitativ în dezvoltarea vorbirii: apare **gânguritul**. Acesta poate fi susținut și stimulat prin imitarea de către mamă a sunetelor emise de copil. Apoi apare **lalațiunea** sau jocul cu sunetele pe care le produce, preluându-le ca pe un ecou. Prin această conduită copilul parcă și-ar confirma existența sa. E foarte indicat să ne

asumăm rolul *ecoului* sunetelor lui, în felul acesta va fi realizat primul și **marele dialog** verbal între copil și adult.

La **patru luni**, arsenalul de sunete pronunțate se îmbogățește cu vocalele „a” și „u”, precum și consoanele „p”, „b” și „m”, iar la sfârșitul celor 6 luni sunt pronunțate silabele „ma” și „pa”. Ceva mai târziu, copilul începe a rosti primele cuvinte din două silabe: ba-ba; ma-ma; pa-pa etc. În majoritatea timpului, copilul discută cu sine însuși. Pe la 9 luni, copiii încep să înțeleagă deja cuvinte și le înțeleg corect, la rândul lor, părinții *decodifică* limbajul copiilor lor.

Cum putem facilita dezvoltarea limbajului

Vorbirea copilului nu se dezvoltă de la sine ca rezultat al maturizării fiziologice a aparatului de vorbire. Copilul ajunge să învețe a vorbi în timpul comunicării cu adultul. *Dialogul dintre adult și copil este condiția de bază* pentru însușirea vorbirii de către copilul care are auzul și aparatul de vorbire sănătos. Prin dialogul stimulat, copilul învață să comunice, învață să-și exprime dorințele și gândurile. El nu știe să-și exprime dorințele dacă nu este încurajat să o facă.

Când copilul abia începe să pronunțe unele sunete, să găngurească, va fi încurajat să o facă dacă veți prelua gănguritul lui ca pe un ecou. Antrenați copilul în acest joc **de-a ecoul**, pronunțând și preluând pe rând unul de la altul sunetele.

Dezvoltarea limbajului va fi favorizată, dacă toate acțiunile de îngrijire a copilului vor fi însoțite de vorbirea maturului. Este important să comunicați cât se poate de frecvent cu copilul.

Dezvoltarea limbajului în al doilea an de viață

Primul an de viață marchează adevăratul debut al limbajului. Copilul încă nu vorbește, dar acumulează material verbal cu o viteză foarte mare. De asemenea, este foarte important să-i vorbiți frecvent, să-i comentați acțiunile într-un limbaj clar, precis și simplu. Puteți începe prin cunoașterea părților corpului, mai întâi folosind o păpușă, apoi chiar propriul său corp. Bineînțeles că acest lucru trebuie făcut sub formă de joc, atunci când copilul este bine dispus. Pentru a stimula dorința copilului de a intra în acest dialog, de fiecare dată când a acceptat să comunice, îl vom giugiuli folosind și gădilituri.

La vârsta de 15 - 17 luni vocabularul activ, adică cuvintele pronunțate de copil, este alcătuit din foarte puține cuvinte (10-20 cuvinte). Dar aceste cuvinte sunt încărcate cu diferite sensuri, care în general sunt ușor de înțeles, în funcție de context.

Ca să învețe cuvinte noi, copilul exersează repetându-le pe cele auzite, înainte de a stăpâni pronunțarea lor. El începe să-și îmbogățească vocabularul cu un cuvânt nou, pe care îl aude frecvent: *nu*. Acest cuvânt va primi, treptat, o mare forță explicativă, uneori înlocuind fraze întregi.

Copilul chiar dacă refuză să vorbească devine un partener activ al dialogului: el nu se mai mulțumește să suporte dorințele celuilalt, ci își afirmă cu tărie punctul său de vedere. Că punctul lui de vedere este sistematic diferit de cel al părinților lui, o dovedește destul de des prin dorința sa de independență. Copilul își îmbogățește, de asemenea, foarte rapid vocabularul *pasiv*, adică cel pe care este capabil să-l înțeleagă, dar nu și să-l utilizeze. Este la

fel de fericit când înțelege ceea ce-i spunei și atunci când vă dovedește că înțelege, supunându-se cu plăcere cererilor verbale ale dumneavoastră. Mai mult ca atât, el are impresia că ajută și că se face util, dacă îi cereți cu blândețe să vă ajute cu ceva.

Pe la un an și jumătate copilul folosește cuvintele ca să comunice, să ceară, să refuze. Cuvântul pe care îl pronunță cel mai des rămâne a fi cuvântul *nu*. Pentru copil, cuvântul *nu* înseamnă nu neapărat un refuz, ci mai degrabă, un fel de a-și afirma existența.

Limbajul diferă mult de la un copil la altul. Unii nu vorbesc aproape deloc, alții au vreo 20 de cuvinte, alții folosesc deja propoziții din două cuvinte (*Mama na, Tata dus, Nu nani*).

Aproape toți copiii la această vârstă pot să recunoască denumirile și să arate imaginile diferitor obiecte din desenele prezentate în cărți. De asemenea, aproape tuturor le place să repete mereu cuvinte sau fraze pe care le-au auzit. Lucrul acesta are pentru ei o valoare de antrenament în pronunțare. Căci, chiar dacă nu este pronunțat perfect, este tot ce poate copilul la acest moment.

Uneori copiii folosesc cuvinte simplificate și nu pe cele corecte. Acest lucru se întâmplă din cauza vârstei, din cauza că maturii îl ajută să *schimonosească* cuvintele. Copilul preia de la maturi formele de pronunțare simplificată.

De reținut:

- A vorbi copilului corect este cel mai ușor. Părinții care completează experiențele noi ale copilului, folosind cuvinte noi și potrivite, pun la dispoziția lui un vocabular bogat de care se va folosi ceva mai târziu.

- La doi ani, copilul are la dispoziție cuvinte și fraze care se dovedesc a fi mult mai eficace pentru a ajunge la scopul propus, decât furiile, țipetele. Copilul nu mai plânge, nu mai țipă pentru a se face auzit sau înțeles. Cuvintele îl ajută să-și exprime așteptările, dorințele sau decepțiile.

- Diferențele de la un copil la altul rămân a fi importante, chiar dacă majoritatea copiilor de această vârstă combină cuvintele și încep să utilizeze fraze în vorbire. Vocabularul lor se îmbogățește rapid, ei sunt dornici să știe cum se numește fiecare obiect. Este perioada când se pot organiza jocuri numind și arătând la părțile propriului corp *Unde-i nasul? Unde-i gura?* etc.

- Copilul de vârsta aceasta este pasionat de animale; puteți profita de acest lucru ca să i le prezentați și să-l învățați să imite sunetele pe care acestea le emit. Acest joc foarte atractiv pentru copil îl puteți folosi pentru a-i îmbogăți vocabularul și a-i stimula exercițiile vocale, stimularea corzilor vocale.

- Sfârșitul anului doi de viață este foarte important pentru dezvoltarea limbajului. În această perioadă se înregistrează o importantă achiziție în vorbirea copilului, încep să apară frazele, treptat, copilul trece de la cuvintele-fraze, cuvinte unice purtătoare de semnificații diverse și complexe, la fraze structurate, unde apar exclamația, negația, interogația etc.

Cum puteți ajuta copilul să însușească limbajul?

Este cunoscut bine faptul că familia are un rol considerabil în însușirea unui bun limbaj, în acest scop familia poate să încurajeze și să stimuleze copilul prin comunicarea cu el, comunicând cât mai mult și în orice moment al vieții.

Practici utile recomandate părinților în comunicarea verbală cu copilul:

- Să-l antrenați în conversații, să-l faceți să vorbească, să-i lăsați timp să se exprime, să-i demonstrați că a vorbi este o plăcere, să-l încurajați atunci când îi reușește să pronunțe corect.
- Când sunteți cu copilul la plimbare, când vă jucați sau faceți oricare alt lucru, dar copilul este în preajma dumneavoastră, puteți descrie, cu un limbaj accesibil toate acțiunile pe care le faceți sau ceea ce vedeți. „Camionul acesta este mare și e de culoare verde”, sau „Eu arunc mingea, dar tu trebuie să o prinzi” etc.
- E inutil să cerem copilului să pronunțe corect cuvintele dacă părinții le pronunță incorect, învățarea limbii, ca și a comportamentului, se face prin imitație și nu din cărțile de gramatică. Părinții sunt cele mai valoroase *manuale* de însușire a limbii.
- Nu are rost să dojeniți copilul pentru pronunție incorectă sau cuvinte folosite greșit. Aceasta ar avea exact efectul invers. Copilul va înceta să mai pronunțe sau va încerca să se descurce doar cu ajutorul gesturilor.
- Nu este prea înțelept să râdeți de greșelile de pronunție ale copilului. El este foarte sensibil la critică. Efectul, în acest caz, ar putea fi greu de prevăzut, dar, cu siguranță că nu va fi pozitiv.
- În această perioadă copilul are nevoie de încurajări, de a fi ascultat, de înțelegere și de timp pentru a face progrese.

Cele mai eficiente lecții de dezvoltare a limbajului vor fi cele organizate șezând pe genunchii tatălui sau mamei pentru a răsfoi câte o carte sau, pentru a citi o istorioară simplă cu imagini color. Șezutul pe genunchii părinților este un prilej de bucurie pentru copii. Atunci când copiii sunt bine dispuși, ei învață și se supun învățării mai ușor.

Dezvoltarea limbajului la copiii de 2-3 ani

În achiziția limbajului copilul face mari progrese. Este interesat de numele obiectelor pe care nu le cunoaște și le repetă ca să le țină minte. Memoria copilului este foarte bună, fapt care îl ajută să-și îmbogățească repede vocabularul.

Vocabularul se formează individual între 30 - 300 de cuvinte. Micuțul este capabil să alcătuiască fraze destul de complexe și corecte, respectând locul cuvintelor. Pentru a ajuta copilul să își dezvolte vocabularul, puteți trece la o altă etapă de a-l învăța să fie atent, să asculte, să atingă, să exploreze. În timpul acestor exerciții, acțiunile trebuie să fie însoțite de fraze care explică esența lucrurilor: de exemplu- *Iarba crește pentru că este udată* etc.

Copilul pronunță mai bine cuvintele, chiar dacă nu posedă bine pronunția tuturor consoanelor, cum ar fi: b, v, r, ș etc. La această vârstă dificultățile de genul acesta nu trebuie să-i neliniștească pe părinți. Dacă copilul pronunță *lată* în loc de *rață*, *vevelită* în loc de *veveriță*, înseamnă că aparatul de vorbire încă nu este pe deplin format, de aceea nu are rost să-l luați în derâdere imitându-i pronunția. Pronunțarea va deveni mai clară de-a lungul timpului. Cu atât mai mult copilul se va antrena, vorbind cu jucăriile sale.

De reținut: Copiii își însușesc modelul de comunicare al părinților. Dialogurile dintre mamă și tată, părinți și copii trebuie purtate cu multă atenție și grijă. Ei vor comunica la fel ca voi.

Povestea de seară - mijloc de stimulare a proceselor cognitive

Specialiștii în domeniu recomandă ca ritualul poveștii de seară să înceapă nu mai târziu de 2 ani. Pe lângă faptul că povestea stimulează imaginația, gândirea, memoria, limbajul copilului, ea facilitează apropierea dintre părinte și copil, deci are și un impact psihoemoțional pozitiv foarte puternic.

Este important să selectăm corect poveștile. Mai întâi, vor fi luate în considerare particularitățile de vârstă și de înțelegere ale copilului, iar mai apoi, se va ține cont de conținutul poveștii, înainte de somn vor fi citite poveștile cu personaje și conținut care provoacă bucurie, liniște sufletească. Vor fi evitate poveștile cu scene triste și final nefericit.

Unele studii demonstrează influența benefică a dezvoltării limbajului, dar și a afectivității chiar la copiii mai mici de 2 ani.

Lectura - mijloc de stimulare cognitivă

Ce citim copiilor?

Trebuie de reținut că micuților le place foarte mult această practică de comunicare. Această plăcere este provocată de faptul că copilul aude informații despre multe lucruri noi, dar și de faptul că ceea ce face maturul este făcut doar pentru dânsul, în aceste clipe copilul se simte important prin faptul că îi acordați atenție doar lui.

Primele *lecții* de lectură se vor face mai mult cu scopul de a-i prezenta cartea și felul cum trebuie ținută și răsfoită, atrăgând atenția copilului la imaginile din carte, în timpul acestor lecturi, copiii la 2 ani pot fi ținuți pe genunchii celui care citește, astfel va fi mai comod și pentru copil să vadă și să înțeleagă corect toate acțiunile legate de răsfoirea, urmărirea schimbării imaginilor etc.

Ce cărți vom selecta pentru copil?

Pentru copiii de 6-12 luni vom selecta:

- cărți multicolore;
- cărți din carton cu fotografii ale altor bebeluși;
- cărți cu imaginea unui obiect de dimensiuni mari;

Pentru copiii de 12-24 luni:

- cărți cu imagini ale copiilor care se joacă, dorm, mănâncă;
- cărți cu puține cuvinte scrise;
- cărți cu imagini ale animalelor;
- cărți cu rime simple.

Pentru copiii de 2-5 ani:

- cărți cu povești;
- cărți cu imagini ale diferitor membri ai familiei;
- cărți cu imagini ale copiilor încadrați în diverse activități;
- cărți ce reprezintă plante, păsări și animale;
- cărți despre diferite profesii.

Întrebările copiilor

Copiii la această vârstă, numită și *vârsta întrebărilor*, se caracterizează prin curiozitate sporită, prin tendința pronunțată de a adresa întrebări. Întrebarea *De ce?* devine punctul de

pornire al multor conversații. Copiii la această vârstă manifestă un interes mare de cunoaștere, motiv pentru care ei adresează celor maturi o sumedenie de întrebări despre obiectele din lumea înconjurătoare.

Întrebările adresate de către copii pot fi împărțite în două categorii:

- **Întrebări cu scop de cunoaștere.** Această categorie de întrebări reprezintă cota valorică cea mai mare din tot arsenalul de întrebări pe care la poate lansa copilul. Motivul care stă la temelia acestor întrebări este curiozitatea copilului. Specific pentru acest tip de întrebări este faptul că ele apar în diverse situații de viață, atunci când copilul se întâlnește cu ceva nou, necunoscut. Pentru a menține interesul și dorința de a cunoaște, se recomandă a le oferi răspunsuri veridice și accesibile înțelegerii lor. Uneori e bine să nu le oferim răspunsul de-a gata, ci printr-o întrebare, să-i ajutăm să descopere ei singuri răspunsul. Efecte educative mari oferă și căutatul răspunsului prin cărți împreună cu copilul.

- **Întrebări cu scop de comunicare.** Acestea au la temelie necesitatea copilului de a comunica cu maturul. Uneori *de ce?* servește pentru copil un instrument de a intra în vorbă cu cei maturi. Pentru copiii de această vârstă întrebările sunt un fel de a se apropia de cei pe care ei îi simpatizează.

În fiecare situație maturul va manifesta atitudine deosebită. În primul caz trebuie să fie atent pentru a nu diminua interesul pentru cunoaștere, iar în cazul întrebărilor de comunicare se cere grijă pentru că acestea denotă că necesitatea copilului de a comunica nu este satisfăcută pe deplin.

Practici greșite:

- De cele mai dese ori, atunci când părinții sunt puși în situația de a răspunde la unele întrebări delicate la care, în opinia lor, e prea devreme ca copiii să cunoască sau să afle răspunsul, declară acestora: *Când vei crește mare atunci vei afla.* În alte situații, când întrebările sânt prea dificile, iar răspunsurile la ele nu se găsesc la îndemână, părinții ordonă copilului: *Lasă-mă în pace cu întrebările tale că mă doare capul sau Du-te și-ți caută altă ocupație, eu nu am timp pentru aceasta.*

Concluzie: Această atitudine a părinților conduce la dispariția interesului pentru cunoaștere și diminuarea autorității părintelui în fața propriului copil, părintele nu va mai fi privit ca atotștiutor.

NEVOILE COPILULUI ȘI ALE FAMILIEI

Un copil sănătos este în formă din punct de vedere fizic, stabil din punct de vedere emoțional și, în plus, bine adaptat din punct de vedere social. S-a dovedit că primii ani de viață sunt vitali în stabilirea stării de bine fizic și emoțional de mai târziu și, în cele din urmă, pentru dezvoltarea intelectuală. Din această cauză, mediul în care crește și se dezvoltă copilul trebuie să fie iubitor, să ofere siguranță și să fie stimulat.

Nevoile fizice ale copilului pe care trebuie să i le asigure familia, respectiv mediul în care trăiește, sunt:

- Alimentația adecvată pentru a asigura nevoile nutriționale;
- Protejarea împotriva supraîncălzirii sau frigului în viața precoce, iar mai târziu împotriva altor agenți fizici sau chimici ca: foc, electricitate, otrăvuri, apă, vehicule;
- Prevenirea bolilor prin asigurarea condițiilor de locuit, prin supravegherea stării de

sănătate, prin imunizări și prin alte măsuri;

Părinții învață să asigure nevoile fizice ale copilului de la proprii părinți, de la medic, de la asistenta medicală sau din reviste și cărți.

Nevoile emoționale și sociale ale copilului

De importanță egală în dezvoltarea copilului sunt satisfacerea nevoii acestuia de a avea experiențe emoționale pozitive și facilitarea instruirii intelectuale. Pentru o dezvoltare emoțională și socială optimă, copilul are următoarele nevoi:

- Să crească într-o familie unită, sub supravegherea strictă a adulților, care au ca grijă principală binele acestuia. Într-o astfel de familie formarea unor legături strânse între copil și părinți pune baza unor relații ce vor dura de-a lungul copilăriei și adolescenței. Ideal, copilul trebuie să fie rezultatul unei sarcini dorite și planificate.
- În cazul în care familia nu este apta să-și îngrijească copilul, copilul trebuie integrat într-o altă familie.
- Să i se permită să cunoască și să exprime sentimente diverse, de la dragoste până la furie, mai degrabă decât să și le exprime mai târziu într-o manieră antisocială.
- Să se pună limite rezonabile comportamentului copilului, care-l va ajuta să-și stimuleze dezvoltarea autocontrolului.
- Să se cultive sentimentul de respect pentru propria viață și pentru viața celorlalți.
- Va fi ajutat să-și dezvolte îndemânarea pentru a se autoservi.
- I se va da posibilitatea să se recreze și să fie în preajma prietenilor de joacă.
- Se va crea o serie de facilități educaționale, adaptate nevoilor copilului.
- Să i se asigure o stare de sănătate bună, iar în cazul copiilor bolnavi, mai ales față de cei cu boli cronice sau cu invalidități, părinții să aibă o atitudine echilibrată, pentru a asigura nevoile emoționale deosebite ale acestora.
- Recunoașterea individualității fiecărui copil, indiferent de diferențele în ceea ce privește personalitatea, calitățile fizice și intelectuale, apartenența etnică și rasială.
- Recunoașterea drepturilor de bază ale fiecărui copil, așa cum sunt ele stipulate în „Declarația Națiunilor Unite asupra drepturilor copilului”.

Pentru a asigura copiii aceste nevoi, părinții sau ceilalți adulți implicați în procesul creșterii și dezvoltării acestora au, la rândul lor, o serie de nevoi. Acestea sunt: locuințe adecvate, situație materială cel puțin satisfăcătoare pentru a preveni stresul economic, accesul la instituții de îngrijire și de educație ale copilului.

Nevoile pentru dezvoltarea intelectuală corespunzătoare a copilului

Stimularea dezvoltării intelectuale se începe în perioada de sugar și se face, de regulă, de către părinți, în special de către mamă. Aceștia vor răsplăti fiecare reacție adecvată la stimuli, ceea ce va face ca procesul învățatului să fie o plăcere. Dacă copilul are probleme cu dezvoltarea cognitivă și cu dezvoltarea îndemânării, stimularea senzorială se va face de către specialist. Intensitatea, varietatea și complexitatea stimulilor vor varia cu vârsta și cu personalitatea fiecărui copil. De aceea adultul care îngrijește copilul trebuie să fie conștient de acest lucru și să trateze fiecare copil individual, în familiile fericite, unite, unde nu sunt probleme, procesul decurgând natural. Cu timpul, relația copil-părinte devine insuficientă, astfel că după vârsta de doi ani, copiii caută compania altor copii de aceeași vârstă și-și petrec majoritatea timpului necesar învățatului *de a se juca*. Joaca poate fi definită ca acea strădanie în care copilul mic învață să-și exerseze cu succes resursele fizice și cognitive în relația sa cu lumea materială și cu alți oameni (copii sau adulți). Aceste activități se desfășoară la început

cu copiii rudelor sau ai vecinilor, dar mai târziu ele trebuie organizate în grupuri de antepreșcolari și preșcolari, până ce copiii intră la grădiniță sau la școală.

Riscurile dezvoltării copilului

Multe familii din țara noastră, dar și din alte țări ale lumii, nu sunt capabile să asigure nevoile fizice, emoționale și intelectuale ale copilului, în aceste cazuri copiii trebuie să fie socializați. Cauzele pentru care se ajunge la această decizie sunt:

- Familiile stabile sunt înlocuite din ce în ce mai mult de familii cu un singur părinte rezultate din divorț, din separarea părinților, sau mame singure necăsătorite.
- Schimbarea atitudinii față de căsătorie, astfel că familiile cu un singur părinte sau concubinajul nu mai sunt privite cu ochi răi de societate, dar nici încurajate.
- Majoritatea mamelor din generația actuală nu mai sunt casnice; accesul la procesul educațional a făcut ca multe femei să se preocupe de profesia și cariera aleasă.
- Creșterea costului vieții și dorința părinților de a îmbunătăți condițiile de viață cel puțin pe plan material, au determinat ca ambii părinți să lucreze în afara casei.
- Existența de familii și grupuri de familii care creează probleme societății:
 - familiile cu un singur părinte și copiii cu diverse handicapuri (fizice, vizuale, auditive, intelectuale); acești copii au nevoi speciale, care nu pot fi asigurate de mediul propriei familii.
 - locuința s-a schimbat mult pentru unele familii în ultimii ani; în marile orașe familiile locuiesc mai ales în blocuri, unde nu sunt condiții adecvate de joacă sau pentru desfășurarea altor activități sociale.
 - unele familii au probleme cu resursele materiale (financiare), altele nu corespund din cauza tulburărilor intelectuale sau emoționale (imaturitatea emoțională, intelect la limită, boli psihiatrice).

Responsabilitatea societății moderne în asigurarea acestor nevoi

Este cunoscut faptul că unele familii nu au resursele necesare pentru a asigura nevoile tinerilor, totuși părinții doresc să rămână împreună cu copiii lor. Pentru aceasta, familiile respective trebuie să beneficieze de unele facilități. Societățile moderne și-au dezvoltat un sistem de asistență socială, educațională și medicală care să sprijine părinții în efortul de creștere a copiilor. Aceste familii sunt grupate pe anumite probleme. Grupurile create au tendința să cuprindă părinții copiilor cu handicapuri, cum ar fi paralizările cerebrale, surdomutitatea și handicapurile intelectuale. Se mai crează grupuri mai mici, alcătuite din părinții copiilor cu fibroză chistică de pancreas, distrofie musculară, hemofilie etc. Și la noi în țară au început să se organizeze astfel de grupuri și să funcționeze pe lângă clinici sau policlinic.

Facilități de îngrijire medicală destinată tuturor familiilor

Unitățile care asigură îngrijire medicală pot fi grupate astfel:

- servicii de îngrijire primară a sănătății;
- servicii sociale;
- servicii care asigură asistență familiilor cu copii cu handicapuri sau unor familii minoritare cu probleme.

Servicii de îngrijire primară a sănătății

1. Instituțiile medicale au următoarele scopuri:

- Supravegherea sănătății sugarului și a copilului, pornind de la alimentație. Va fi promovată alimentația naturală și, atunci când este nevoie, medicul și asistenta medicală vor da sfaturi privind formula de lapte ce poate fi aleasă, modul de preparare,

diversificarea alimentației etc.;

- Urmărirea creșterii și dezvoltării prin măsurarea periodică a greutateii și lungimii și prin compararea/înscriserea acestora pe curbe de creștere. Orice abatere de la normal va fi îndrumată spre specialistul din policlinică sau spital; urmărirea dezvoltării psihice se va face de asemenea cu ocazia examenelor preventive, copiii cu dezvoltare întârziată vor fi îndrumați spre specialistul neuropsihiatru;
- Recomandarea vaccinărilor și efectuarea lor în funcție de schema aprobată în țară;
- Recomandarea tratamentului medicamentos și dietetic pentru bolile ușoare și internarea în spitale pentru cele grave;
- Activitatea de educație sanitară cu părinți și grupuri de părinți și vizitele la domiciliu.

Această formă de asistență sanitară primară este foarte utilizată de toate grupurile socio-economice – în proporție de circa 90%.

2. În unele țări există *programe de sănătate publică* care se desfășoară în centre speciale, în aceste centre activează medici, asistente medicale, profesori, educatori, fizioterapeuți, muncitori sociali, psihologi, membri ai cultelor religioase. Aceste servicii au posibilitatea să asigure nevoile medicale ale multor familii, mai ales ale celor sărace. Centrele promovează îngrijire medicală primară pentru părinți și copii, se ocupă de planificarea familială, acordă ajutor matern, desfășoară programe de educație sanitară, oferă sprijin familiilor cu probleme matrimoniale etc. Rolul acestor centre este și acela de a obține resurse comunitare variate, ca de exemplu alocații pentru copiii cu invalidități, în țările cu experiență în acest domeniu s-a demonstrat eficiența deosebită a acestor servicii, în ultimii ani s-a constatat și la noi în țară o tendință de înființare a unor astfel de centre, dar activitatea nu este încă perfectată.

3. *Medicina școlară* este încadrată tot la capitolul medicină primară. Statul asigură servicii medicale gratuite tuturor copiilor din școlile de stat. La noi în țară asistența sanitară a școlarului se face la nivelul cabinetelor școlare, unde acționează fie medicul școlar și asistenta, fie numai asistenta. Rolul acestora este de a depista tulburări fizice și malformații ca cele de vedere și de auz, de a depista și asista copiii cu probleme de învățură, de a continua programul de imunizare, de a desfășura o activitate de educație sanitară.

4. *Sănătatea dentară*. Serviciul de sănătate dentară primară ar trebui să asigure consult stomatologic tuturor copiilor, fie prin cabinetele de la nivelul policlinicilor, fie prin cabinetele stomatologice școlare. La aceste cabinete se pot practica restaurarea și curățarea dinților, extracții dentare, măsuri minime de ortodontie, educație sanitară.

Serviciile sociale

1. Creșele se adresează sugarului și antepreșcolarului. Sunt creșe cu program zilnic și creșe cu program săptămânal. Creșele asigură alimentația, dormitul, educația și supravegherea medicală. La această formă apelează familiile în care ambii părinți lucrează și care nu au altă posibilitate de a supraveghea copilul.

2. Colectivitățile preșcolare (grădinițele). Centrele de educație preșcolară se adresează copiilor între 3 și 5 ani, sau până la intrarea în școală. În aceste centre e de preferat o frecvență bună, mai ales în ultimul an, când se face pregătire pentru intrarea la școală. Deși unii copii au nevoie de educație preșcolară, ei nu beneficiază de ea din cauza sărăciei familiei, care nu-și poate permite plățirea taxei.

În centrele preșcolare copiii primesc o educație planificată și supervizată, dar programul nu este forțat, ci structurat astfel încât copilul are posibilitatea să-și aleagă mișcarea în acțiunile sale. Mediul preșcolar permite copilului să se întâlnească și să comunice cu semenii. Spre sfârșitul anului preșcolar mulți copii sunt capabili să se achite de sarcini astfel încât să se poată adapta la școală.

În unele țări funcționează și alte tipuri de servicii sociale cum ar fi:

- îngrijire familială zilnică: este o facilitate pentru supravegherea copilului între 0-12 ani de către un personal selectat în acest scop. Se adresează familiilor cu venituri financiare mari.

Copiii proveniți din familii cu probleme (părinți divorțați, părinți decedați, venituri materiale mici), copiii cu boli cronice, cu boli genetice sau copiii abandonați în maternități, spitale, pe stradă etc), sunt ocrotiți în leagăne și case de copii preșcolari și școlari, unde se încearcă asigurarea unui mediu optim de creștere și dezvoltare.

Copiii cu diverse handicapuri fizice, psihice sau intelectuale sunt instituționalizați separat de copiii normali.

Familia în dificultate

Generalități

În societatea actuală viața de familie plină de dragoste, securitate și fericire nu mai constituie regula. Aceasta se observă din numărul mare de separări și de divorțuri. Rata divorțului a crescut alarmant în toate țările lumii în care legea și religia permit acest lucru. De exemplu, în Australia rata divorțului a crescut de la 15% în 1981, la 35% în 1999. Creșterea ratei divorțului în unele țări poate fi explicată și de ușurința cu care acesta se obține. Procentul căsătoriilor care ajung la divorț este mai mare când unul sau amândoi partenerii au mai fost căsătoriți anterior. Alte riscuri familiale sunt: părinte unic, concubinaj, familii etnice sau grupuri etnice minore.

Cauzele disarmoniei maritale sunt multiple: cuplu nepotrivit din punct de vedere emoțional sau intelectual, cuplu imatur, imposibilitatea de a face față greutăților financiare, dependența de alcool sau de droguri, implicarea prea mult în profesie, astfel că soții/partenerii nu sunt capabili sau nu pot să aibă timpul necesar asigurării necesităților cuplului.

În toate grupurile unde sunt familii divorțate, copiii vor suferi privațiuni emoționale. Mulți vor suferi de lipsa stimulării intelectuale, mai ales acolo unde mama suferă de depresie psihică.

Identificarea familiilor în dificultate se face în moduri diferite:

- În cazurile în care apar probleme financiare, un părinte poate apela direct la o agenție/organizație de ajutorare. Aceasta este metoda cea mai ușoară de identificare.
- Vecinii sau rudele pot raporta situația deosebită a unei familii serviciilor sociale existente în fiecare țară sau chiar poliției.
- Apariția unor manifestări organice la un copil trebuie să alerteze medicul sau asistenta medicală. Copiii reacționează la stres în moduri variate, în funcție de vârstă. Simptomele care sugerează stresul la copilul mic sunt, de exemplu, dificultățile în alimentație și somn. Durerile abdominale recurente, durerile de cap, scăderea randamentului școlar, dificultățile în realizarea relațiilor cu colegii sunt simptome ce traduc stresul și anxietatea la copilul mare. La adolescență problemele familiale se exteriorizează prin comportament antisocial, renunțarea la școală, consumul de droguri.
- Un mod frecvent de identificare a familiei în impas este abuzul la copil.

Exemple de familii în dificultate

1. Familia cu un singur părinte

Se estimează că circa 10% din familiile cu copii dependenți sunt formate dintr-un singur părinte. Deși majoritatea părinților singuri sunt mame, un număr din ce în ce mai mare de tați au preluat astăzi responsabilitatea îngrijirii totale a copilului.

Familia cu un singur părinte rezultă cel mai frecvent din divorț sau din părăsirea familiei de către celălalt partener. O altă cauză o constituie decesul unuia dintre părinți sau separarea involuntară. A crescut numărul mamelor necăsătorite care doresc să-și crească

copilul fie până la adopție, fie permanent, ca și numărul persoanelor singure care adoptă copii.

Stilul de viață al familiilor cu un singur părinte variază foarte mult. O minoritate a părinților singuri cu grad mare de inteligență, energici, ajutați de rude și prieteni, poate să asigure toate nevoile copiilor lor. În majoritatea cazurilor însă, mama nu reușește să învingă greutățile de ordin financiar, astfel încât creșterea copilului este neadecvată și rezultatul final este disfuncția familiei.

Problemele părintelui singur sunt:

- *Financiare.* Problemele bănești sunt cele mai evidente și apar precoce. Foarte puține familii au siguranță economică și cel puțin 30% au venitul sub limita sărăciei. De aceea nu este de mirare că majoritatea părinților singuri sunt dependenți de ajutorul social.
- *Locuința.* Familiile cu un singur părinte au probleme în obținerea unei locuințe satisfăcătoare.
- *Probleme sociale.* Un mare număr de părinți singuri sunt izolați. Unii încetează relațiile cu rudele și vechii prieteni, dar pentru cei ce nu au făcut-o, menținerea contactului este din ce în ce mai dificilă, din cauza problemelor financiare. Lipsa fondurilor provoacă probleme și în respectarea activităților sociale, cum ar fi plimbatul copiilor în parc, la zoo, la teatru etc. Din cauza persistenței vechilor atitudini ale comunității, multe mame necăsătorite sau divorțate au sentimente de rușine, sunt dispuse la depresie, își pierd mult mai repede răbdarea și, prin urmare, calitatea modului în care părintele își îndeplinește obligațiile față de copil scade vizibil. Stresul este cu atât mai mare, cu cât timpul acordat copilului este mai redus. De aceea nu este de mirare că sindromul copilului bătut este mult mai frecvent în familiile cu un singur părinte.

Problemele copiilor din familiile cu un singur părinte. Stimularea intelectuală și emoțională a copilului în familiile cu un singur părinte este de cele mai multe ori neadecvată. De exemplu, ei vor avea mai puține jucării și cărți specifice copilăriei mici sau activități extrașcolare (balet, muzică, sporturi) pentru copilul mai mare. Ei ajung mai rar în școlile superioare (licee, facultăți). De aceea mulți nu vor fi pregătiți pentru o viață normală de adult și ciclul privațiunilor, al sărăciei și al neîmplinirilor se va relua în generația următoare, în toate aceste cazuri trebuie să intervină atât societățile guvernamentale, cât și cele comunitare, pentru a acorda sprijinul necesar.

2. Alcoolul și familia

Alcoolul este drogul de care se face cel mai frecvent uz și abuz. Consumul de alcool este diferit în funcție de sex, vârstă, categorie socio-economică, etnie. Se estimează că 3/4 dintre bărbații peste 18 ani și 1/2 dintre femeile mature sunt consumatori de alcool. Din păcate a crescut numărul adolescenților consumatori de alcool, mai ales în ultimii 20 de ani, atât în țara noastră, cât și în lume. Băieții consumă mai frecvent alcool decât fetele. La toate grupele de vârstă alcoolul este consumat mai ales în grupurile socio-economice sărace.

a) *Alcoolul și sănătatea.* Consumul excesiv de alcool este responsabil de multe decese, în multe cazuri complicațiile fizice intervin după un consum prelungit de alcool, de pildă ciroza hepatică, care apare după 10-15 ani de consum de alcool, în alcoolismul cronic mai apar gastritele, ulcerele peptice, pancreatitele, afecțiunile sistemului nervos central. Este cunoscut de asemenea efectul consumului de alcool de către femeia gravidă asupra fătului, la care apar modificări în dezvoltarea psihică și fizică.

b) *Alcoolul și comportamentul antisocial.* Există o corelație mare între abuzul de alcool, pe de o parte, și crimă și violență, pe de altă parte. Violența domestică (asupra soției și

copilului) cel mai adesea se datorează abuzului de alcool. Alcoolul determină și modificarea comportamentului la volan, ceea ce crește riscul accidentelor.

c) *Efectele alcoolismului asupra familiei*, în stadiile precoce, problema este negată atât de către alcoolic, cât și de către familie. Când realitatea devine evidentă, intervine izolarea de restul societății din cauza rușinii și a sentimentului de vinovăție. Urmează curând dezorganizarea vieții de familie având drept consecință neglijarea sarcinilor specifice, care sunt preluate de către celălalt partener. Copiii vor avea cel mai mult de suferit. Ei devin anxioși, nefericiți, frustrați, în multe cazuri, aceștea vor avea un comportament antisocial care presupune alcoolism, droguri, activitate infracțională.

Măsuri

O importanță deosebită o au **sprijinul și sfaturile acordate alcoolicului și familiei acestuia**. Tratatamentul și recuperarea alcoolicului se fac în echipă: colaborează medicul/asistenta medicală, asistența socială, biserica.

La nivelul fiecărei țări există instituții statale, guvernamentale sau neguvernamentale, ca și facilități care vin în sprijinul familiei cu probleme. La noi în țară se acordă burse sociale elevilor și studenților care provin din familii cu venit mic, pensii sociale, pensii de boală, pensii alimentare. Copiii pot fi ocrotiți în leagăne sau în case de copii.

Sfaturi maritale. Multe căsnicii se destramă din cauza problemelor ce intervin între cei doi soți. Unele dintre aceste probleme pot fi rezolvate prin discuții cu experții în sfaturi maritale. Pentru ca aceste discuții să fie încununat de succes, trebuie ca ambii parteneri să participe la interviuri. La început discuțiile se poartă cu un cuplu, apoi cu grupuri de cupluri. Este necesar ca sfaturile maritale să fie date cuplurilor înainte de căsătorie. Cea mai bună perioadă pentru debutul acestor discuții sunt ultimii ani de liceu.

Planificarea familiei. Multe cupluri au probleme în privința copiilor din cauze multiple, dar în particular din cauze financiare. O altă cauză o constituie ignoranța referitoare la concepție, contracepție și sexualitatea umană în general, și nu în ultimul rând concepțiile religioase și morale. De aceea este important a sfătui familia cu privire la când să dea viață unui copil, câți copii să aducă pe lume. Este de dorit ca această planificare familială să se facă înainte de căsătorie de către un specialist, de obicei medic.

MALTRATAREA ȘI VIOLENȚA FAȚĂ DE COPIL

Fenomenul maltratării copiilor

În ultimele decade ale secolului XX neglijarea și maltratarea copiilor a devenit un subiect foarte important în atenția cercetărilor efectuate de către medici, psihologi, pedagogi. Ca fenomen maltratarea apare în momentul când părinții le aplică copiilor tratamente dăunătoare, provocându-le lezări organice sau tulburări psihice. Aceste *tratamente dăunătoare* numite astăzi *forme de abuz* continuă să fie considerate modalități pertinente pentru educația copiilor.

Nivelul înalt al sărăciei populației, șomajul, rata înaltă a divorțurilor, alcoolismul, plecarea părinților la muncă peste hotarele țării sunt factorii care determină sporirea incidenței diverselor tipuri de abuz și neglijare a copiilor.

Cu regret, în R. Moldova lipsește o statistică oficială a cazurilor de abuz asupra copiilor. Despre creșterea ratei abuzului la noi în țară concluzionăm din sondaje și cercetări individuale, mijloacele de informare în masă, analiza generală a situației social-economice.

În baza unui sondaj realizat de Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii în rândurile adolescenților din Chișinău s-a demonstrat că 66% din cei intervievați au fost implicați în situații abuzive fie în calitate de victime, fie în calitate de agresori (66%-victime; 19%-agresori; 15% - în ambele roluri).

Conform Studiului Național „Dezvoltarea timpurie a copilului” realizat în anul 2002 s-a constatat: 72,4% din adulți mai rar sau mai frecvent se ceartă în familie, în 68,1% părinți se ceartă în prezența copiilor. Abuzul fizic față de copii îl recunosc 10% din părinți, iar abuzul emoțional - 26.7%.

Ce reprezintă abuzul? Tipurile de abuz

Abuzul este un comportament agresiv îndreptat asupra copilului, care se află într-o situație inferioară și fără apărare și care are ca rezultat consecințe fizice și/sau emoționale negative.

Abuzul afectează profund copilul și-i lasă urme care pot dura o viață întreagă. Deosebit de traumatic pentru copil este abuzul care vine din partea părinților.

Maltratarea copiilor include abuzul fizic, emoțional, sexual și neglijarea. *Abuzul fizic* este considerat agresarea copilului prin scuturări, zguduirii, ghiontiri, bătăi, lovituri etc. *Abuzul emoțional* se consideră atacurile verbale și amenințările care înjosesc copilul și îi provoacă suferințe emoționale. El reprezintă miezul traumei copilăriei. Unii autori diferențiază cinci subcategorii ale abuzului psihologic-disprețuirea, terorizarea, izolarea, exploatarea și negarea emoțiilor.

Neglijarea și maltratarea se definește ca lipsirea copilului de atenție, dragoste, îngrijire materială (mâncare, îmbrăcăminte, tratament, adăpost etc). Neglijarea afectează atât sfera emoțională a copilului, cât și dezvoltarea fizică și psihologică.

Abuzul sexual implică orice activitate sexuală cu un copil unde acordul acestuia nu există și nu poate exista. Abuzul sexual cuprinde un spectru larg de activități –penetrare sexuală, atingere sexuală, filmările pornografice, prostituția, vizionarea materialelor pornografice care implică copii.

Factori de risc în situațiile de abuz

Maltratarea copiilor este condiționată de mulți factori care țin de părinți, de copii propriu-zis și de factorii socio-economici. Se consideră că părinții care maltratează sunt persoane vulnerabile, cu o serie de probleme psihologice și educaționale, pe care sunt incapabili să și le rezolve singuri. De aceea violența față de copii nu prezintă altceva decât expresia neputinței lor.

• Familiile ce prezintă risc de abuz:

- conflicte familiale
- violența în familie
- izolarea rudelor, prietenilor
- utilizarea în familie a alcoolului, drogurilor
- boli psihice
- familie reconstruită
- mamă cu mai mulți parteneri
- familie incompletă
- familie mare
- părinți adolescenți

- **Factori de risc care țin de personalitatea copilului:**

- copil plângăreț
- copil cu probleme în comportament
- copil nedorit
- copil cu deficiențe

- **Factori de risc socio-economici:**

- Sărăcia, veniturile mici
- șomajul
- stresul
- suprapopulația
- lipsa căminului

- **Caracteristicile părintelui abuziv:**

- lipsa încrederii în sine
- lipsa criticii față de comportamentul propriu
- gelozia față de copilul perceput ca rival
- orgoliul părintelui care vrea să-și afirme autoritatea
- nivelul înalt al obiecțiilor și pretențiilor
- încăpăținare
- probleme de impulsivitate și instabilitate emoțională
- agresivitate, nestăpânire de sine, caracter conflictogen
- părinte autoritar, ce nu acceptă punctul de vedere al copilului
- ignoranță față de nevoile de creștere și educație ale copilului.

Bătaia-cea mai frecventă formă de abuz fizic

Bătaia este folosită în mai multe familii ca unica modalitate educațională. Unii părinți consideră că „Sfântul Nicolae” este un leac miraculos care, dat în doze potrivite, ajută în orice situație.

Cifrele statistice despre părinții care aplică copiilor pedepse corporale nu sunt elocvente, deoarece în instituțiile de asistență medicală nu ajung decât violențele foarte grave. Numai acele cazuri care necesită îngrijire de specialitate cad sub incidența cunoașterii și sancționării. Bătaia *fără urme* rămâne de cele mai multe ori un secret de grup, foarte bine păzit, pentru a se păstra în public imaginea perfectă a familiei. Ingrijorător este faptul că părinții care își lovesc copiii nu au sentimentul propriei lor vinovății. Ei consideră că au dreptul și chiar obligația de a-și bate copiii, *spre binele lor*.

Consecințele abuzului fizic

Pentru copil părintele este cea persoana care îi asigură protecția în orice situație, care-i aduce liniștea și siguranța. Prima bătaie constituie pentru el un șoc, care-i modifică esențial existența și cu care nu se poate obișnui. El nu va uita niciodată momentul în care a fost prima oară lovit, pentru că atunci totul se răstoarnă în mintea lui. Părintele, despre care credea că îl protejează și îl apără de tot ceea ce este rău, devine el însuși un pericol. La aceasta se adaugă umilirea și frustrarea afectivă a copilului, pentru că bătaia rănește profund, ea jighește și doare intim la orice vârstă. Chiar dacă violențele nu vor lăsa urme vizibile pe corp, ele nu se vor șterge ușor din mintea copilului. În funcție de constituția lui neuropsihică pedepsele corporale îi pot produce un șoc traumatic psihic, cu urmări foarte grave.

Trebuie să recunoaștem că bătaia nu îndreaptă greșelile, nu dă lecții de comportare civilizată și nu soluționează problema insuccesului școlar. Bătaia nu rezolvă, ci doar ascunde.

În care familii se folosește mai des abuzul fizic?

Folosirea frecventă a violențelor fizice ca mijloc educativ apare în familiile în care:

- Părinții sunt alcoolici;
- Au pretenții exagerate față de copilul lor;
- Părinții au o atitudine educativă rigidă, fiind îngroziți de posibilele acte de neascultare ale copiilor lor;
- Părinții percep atitudinile copilului ca pe o revoltă îndreptată împotriva persoanei lor. Ei sancționează plânsul, insistențele sau stările de tensiune ale copilului. La vârsta de 4-6 ani se încasează cel mai frecvent bătaia. Însă "necuminența" copilului la această vârstă se explică științific: este slab controlul cortical, copilul nu-și poate amâna dorințele, iar reacțiile lui au un caracter emotiv, impulsiv. Din ignoranță, *parinții sancționează*, de fapt, *particularitățile vârstei și nu indisciplina copilului*;
- Părinții sunt incapabili să-și stăpânească propria lor agresivitate și să-și rezolve propriile lor conflicte. Multe agresivități îndreptate asupra copilului sunt modalități de descărcare a agresivității. Copilul însă, la rândul său, va reacționa descărcându-l pe obiecte interzise (lucruri scumpe la care părinții țin foarte mult) sau asupra persoanelor care nu se pot apăra (frați mai mici sau animale).

Bătaia este de fapt expresia lipsei de cultură și de educație a părinților, este dovada incapacității lor de a argumenta, de a convinge și de a se impune prin valoare în fața propriului copil.

Argumente împotriva abuzului fizic

- Datele statistice arată că părinții aplică mai frecvent pedepsele fizice copiilor mai ales la vârsta de 4-5 ani și la 16-17 ani. deci în momentele-cheie de dezvoltare a copilului și a adolescentului. La aceste vârste se mizează în educație pe violențele fizice deoarece părinții sunt incapabili să găsească alte mijloace de ieșire din impas. Însă folosirea bătaiei în aceste etape întârzie dezvoltarea copilului sau chiar o direcționează în sens greșit.
- Copilul bătut se simte neînțeleș, i se instalează o stare de puternică anxietate, își pierde încrederea în sine și în ceilalți, devine timid, necomunicativ, trăiește sentimentul de inutilitate și disperare.
- Bătaia creează copilului un blocaj, o inhibiție afectivă. Se instalează sentimentul frustrării și convingerea copilului că este lipsit de dragostea părintească. Relația părinte-copil se acutizează, dialogul devine imposibil, iar copilul se înstrăinează de propriii lui părinți. Se produc reacții în lanț: sentimentul de frustrare - izolare - căutarea unei persoane /grup care să-l înțeleagă și să-l accepte - ascunderea adevărului pentru a evita bătaia –vagabondajul.
- Copiii bătuți fac și primele ilegalități minore: mint, își modifică notele slabe în carnetul de note sau rătăcesc ore întregi prin oraș, dorind să amâne întoarcerea acasă.
- Sub teroarea pedepselor, copilul își va asculta părinții, va fi mai ordonat, va învăța mai mult timp. Dar va face toate acestea de frică și până când va deveni *imun* la pedeapsa corporală.
- În momentul aplicării pedepselor corporale, fetele se simt umilite și au stări depresive, însă băieții sunt furioși, dornici de răzbunare, își urăsc părinții și chiar sunt nepăsători față de pedeapsă. Obişnuiți atât de mult cu bătaia, adolescenților nu le mai pasă de motivul pentru care au fost sancționați, iar pentru ei o palmă nici nu mai intră în categoria pedepselor fizice. Pe ei bătaia nu îi mai doare, îi revoltă și atât. Respectul lor față de părinți s-a pierdut demult printre scenele violente care le-au marcat copilăria.

- Relația părinte-copil întemeiată pe pedepse fizice se poate întoarce peste ani împotriva celor care folosesc bătaia ca mijloc educativ.
- Pedepsele fizice aplicate copilului sunt generatoare de comportamente agresive. Durerea resimțită în urma bătăii pune în mișcare o reacție de apărare, tot de natură fizică, o contraclovitură. Umilirea copilului dezvoltă sentimentul inferiorității, astfel încât el va căuta o compensare, devenind conflictual și violent. *Din această cauză comportamentul agresiv al părinților determină formarea comportamentului agresiv al copilului.*

Sugestii pentru o educație fără bătaie

◆ Părinții trebuie să stabilească împreună care sunt sancțiunile cele mai potrivite pentru anumite greșeli ale copilului și să fie coerenți în acțiunile de educație. Ambii părinți trebuie să fie responsabili de rolul lor în educarea copilului, ambii trebuie să stabilească regulile din familie și să ia împreună măsurile de respectare a acestor norme. Zigzagurile educative, contrazicerile dintre adulți cu privire la educație derutează copilul.

◆ Copilul trebuie să înțeleagă rațiunea respectării normelor. Nu aplicați pedeapsa fără a discuta cu el. Arătați-i ce a greșit, de ce este greșit ceea ce a făcut și cum trebuia să acționeze în respectiva situație. Ascultați cu calm și răbdare și explicația lui. Este important să cunoașteți ce gândește și ce simte el și luați în considerare circumstanțele atenuante ale faptei.

◆ Echitatea trebuie să existe în relațiile dintre membrii familiei indiferent de vârsta lor. Copilul va accepta o pedeapsă justă și va sancționa nedreptățile făcute de părinți. Chiar dacă sunteți furioși, evitați izolarea copilului, ridicarea unui zid al tăcerii în jurul lui sau frazele prin care îl *înștiințați* că nu îl mai iubiți, că el pentru Dvs. nu mai există sau că îl veți schimba cu un alt copil. Retragerea periodică a dragostei părintești la fiecare poznă va influența negativ personalitatea copilului. De asemenea, nu aplicați pedepse umilitoare care afectează grav starea fizică și psihică a copilului. Închiderea într-o cameră fără lumină sau fără căldură, lipsa de alimente sau hainele necesare, lovirea în orice mod, creează copilului stări de puternică anxietate, ce conduc în scurt timp la dereglări psihice: irascibilitate, obsesii, stări permanente de frică, crize de plâns, stări depresive etc.

◆ Când vă întoarceți acasă de la serviciu, lăsați la ușă problemele și furia. Nu vă descărcați energia negativă acumulată în orele de muncă asupra copilului. Dacă intrați în casă și descoperiți grozăviile făcute de micul dumneavoastră neastâmpărat, lăsați-vă un timp și stabiliți împreună cu *vinovatul* pedeapsa. Dacă pozna este prea mare sau dacă sunteți prea nervos, amânați *judicata*.

◆ *Dacă v-ați pierdut cumpătul și v-ați lovit copilul, cereți-vă iertare.* Explicați-i că a fost o zi foarte grea pentru dumneavoastră și că ați greșit. Pentru un copil contează foarte mult acest gest și indiferent de vârsta lui vă va înțelege. În felul acesta nu veți pierde iubirea și respectul lui.

◆ Sondajele arată că adolescenții și copiii se declară unanim împotriva bătăii, însă acceptă sancțiuni ca: interdicția de a mai ieși la joacă, la discotecă sau de a viziona programele preferate la televizor, petrecerea vacanțelor acasă, amânarea cumpărării unui lucru mult dorit, privarea de dulciuri, obligația de a îndeplini singur, pentru o perioadă de timp, o sarcină care aparține și altui membru al familiei. În toate cazurile după aplicarea sancțiunii este just ca *pedepsitul* să-și câștige toate drepturile, să nu fie izolat sau ironizat.

Orice parinte poate sa-și impună superioritatea în fața propriului copil fără să înfrîngă voința acestuia prin bătaie sau pedepse umilitoare. Dacă vreți sa fiți iubit și

respectat de COPILUL dumneavoastră, fiți prietenul și profesorul lui de acasă, care îl ajută să depășească orice dificultate.

Copiii trebuie ajutați să devină persoane protejate, puternice și libere!

Necătînd la aceea cît de serioase nu ar fi problemele părinților ele nu îndreptățesc abuzul.

Cînd confrunțați astfel de probleme cereți ajutorul psihologilor, în special celor care activează în cadrul diferitor centre de prevenire a abuzului. Multora le este frică să raporteze abuzul sau să ceară ajutor crezînd că aceasta ar putea să le distrugă familia. Adevărul este însă că cerînd ajutor vă protejați copilul și vă ajutați familia să-și rezolve problemele.

Victimele abuzului au nevoie de ajutor indiferent cît de mult timp a trecut. Orice persoană care cunoaște un copil abuzat fizic, sexual sau emoțional trebuie să raporteze la poliție sau alte organizații care se ocupă de protecția copilului.

Rolul medicului în cazurile de abuz asupra copilului

- Depistarea rapidă a abuzului copilului;
- Argumentarea diagnosticului;
- Diagnosticul diferențiat al abuzului copilului cu alte stări patologice;
- Efectuarea tratamentului efectelor datorate abuzului;
- Efectuarea măsurilor de prevenire a abuzului copilului;
- Prevenirea/stoparea suferinței copilului asociate cu spitalizarea lui.

Cînd copilul abuzat este adus în instituția medicală, pentru a proteja copilul de noi suferințe ce se pot adăuga într-un mod fatal la suferința medicală, în cabinetul medical trebuie construit un model adecvat al relației medic-copil.

Se vor lua în considerație următoarele aspecte:

- Asigurarea unei atmosfere calde și plăcute în cabinetul medicului;
- Instrumentarul medical nu se lasă la vederea copilului;
- Se evită manevrele medicale concomitent la mai mulți copii;
- La discuția cu copilul medicul vorbește cu un ton liniștit;
- Problemele medicale se explică copilului într-un limbaj accesibil;
- Copilul este familiarizat cu procedura care-i va fi realizată.

SECURITATEA COPILULUI

Decesele copiilor de vîrstă fragedă frecvent sunt cauzate de traume și intoxicații, constituind o problema stringentă pentru Republica Moldova. Mortalitatea copiilor cauzată de taumatisme și intoxicații constituie 16%, fiind condiționată de iresponsabilitatea părinților pentru îngrijirea și creșterea copilului, supravegherea ineficientă a copilului de către părinți.

Pentru copii, viața este plină de pericole – obiecte ascuțite, mobilier șubred, robinete cu apă fierbinte, cratițe fierbinți și traficul de pe străzi. Pentru a putea proteja copilul de riscurile cu care se va confrunta acasă și în afara căminului părintesc, trebuie să priviți lumea din perspectiva copilului.

Scopurile instruirii

- Apreciera abilităților copilului și accidentelor posibile;
- Identificarea pericolelor accidentelor la fiecare vîrstă;

- Instruirea mamei privind cei trei factori care conduc la accidentare *copilul, obiectul, mediul* și monitorizarea lor;
- Aprecierea măsurilor de prevenire a accidentelor;
- Identificarea pericolelor prezente în casă și în afara căminului;
- A da mamei următoarele sfaturi:
 - cum să mențină mediul înconjurător în siguranță;
 - cum să planifice măsurile necesare pentru asigurarea securității copilului;

În procesul aplicării practice a acestor deprinderi important este:

- să dați un sfat corect fiecărei mame;
- să folosiți deprinderi corecte de comunicare;
- să apelați la Agenda Mamei ca mijloc de comunicare.

În cadrul convorbirii cu mama o vom lăuda pentru acțiunile ei corecte și o vom sfătui ce anume trebuie să facă altfel pentru protejarea copilului. Vom utiliza cuvinte simple, pe înțelesul mamei. Vom pune mamei întrebări de control pentru a ne convinge că știe cum să protejeze copilul acasă și în mediul înconjurător.

Recomandări privind securitatea copiilor

Recomandările sunt repartizate în chenare pentru 4 grupe de vârstă. Fiecare specialist medical trebuie să cunoscă și să înțeleagă toate recomandările privind securitatea copilului. Mai întâi medicul va afla de la îngrijitor cum era protejat copilul de accidente până la momentul actual, Apoi va oferi sfaturile necesare, în funcție de vârsta și abilitățile copilului.

Recomandări privind securitatea copiilor în vârstă până la 6 luni

Până la 6 luni

- Nu lăsați sugarul fără supravegherea adulților;
- Nu lăsați sugarul în grija altor copii;
- Aveți grijă să nu adormiți în timpul alăptării, l-ați putea sufoca;
- Verificați întotdeauna temperatura apei înainte de a-i face baie;
- Nu lăsați copilul singur în baie;
- Feriți copilul de animalele domestice;
- Nu lăsați copilul pe o suprafață de pe care ar putea cădea;
- Preveniți mișcarea bruscă a capului copilului, sprijiniți-l de ceafă;
- Nu țineți copilul în brațe în timp ce consumați bucate sau băuturi fierbinți;
- Nu-i dați jucării sau obiecte ascuțite de dimensiuni mici, care pot fi duse la gură și apoi inhalate sau înghițite;
- În automobil fixați copilul într-un scaunel de siguranță.

**Un sugar nu are simțul pericolului!
Fiți cu ochii în patru!**

Un copil este total dependent de cei adulți. Deci trebuie să vă asumați întreaga răspundere pentru viața și securitatea lui. Numai cunoscând posibilele riscuri, veți putea feri copilul de ele.

Un copilăș în vîrsta pînă la 6 luni deja se mișcă, se rostogolește, duce la gură tot felul de obiecte. El poate, deci, să cadă de pe masa de înfășat, de pe cîntar, de pe patul părinților, de pe canapea, din cărucior.

Deci și măsurile de precauție ar trebui să fie sporite. O clipă de neatenție poate fi fatală! Chiar și în brațele noastre copiii pot fi expuși pericolelor.

Recomandări privind securitatea copiilor în vîrstă de la 6 luni pînă la 12 luni

De la 6 până la 12 luni

- Nu lăsați la îndemâna copilului monede, bile și obiecte mici care pot fi inhalate sau înghițite;
- Exclueți din câmpul de acțiune al copilului obiecte care l-ar putea trauma: cuțite, lame, tocure, foarfece, umerase etc;
- Puneți capace de protecție la prize;
- Rețineți, că firele electrice (de la televizor, telefon, uscător de păr, fier de călcat) etc. sunt periculoase, chiar dacă aparatele nu sunt conectate— copilul s-ar putea încâlci în ele și chiar strangula;
- Păstrați în locuri inaccesibile săpunul, detergentul, șamponul, medicamentele și alte substanțe toxice;
- Îndepărtați copilul de lângă ușa sobei, a cuptorului și de lângă calorifer;
- Când gătiți, nu lăsați vasele cu apă în locuri accesibile copilului;
- Țineți închise ferestrele și balcoanele atunci când copilul se află singur în odaie.
- Atenție la plante! Nu plasați vazoanele cu flori acolo unde pot fi răsturnate de copii. De asemenea, multe plante de cameră și de grădină sunt otrăvitoare;

Nu lăsați copilul fără supraveghere!

Fiți întotdeauna lângă el!

Copilul poate apuca orice fel de obiecte accesibile ducându-le la gurița.

Copilul se mișcă de sinestătător și are de înfruntat mai multe pericole, deoarece vrea în permanență să exploreze spațiul înconjurător. Si o va face neîntârziat.

Pentru a proteja copilul de vînătăi, cucuie și incidente serioase, grăbiți-vă să înlăturați din calea lui obiecte ascuțite, mobilierul instabil, apa fierbinte, cratițe pe aragaze etc.

Nu uitați să încuiați sertarele în care țineți ace, foarfece, medicamente, șurubelnițe, care i-ar putea face rău copilului.

Atenție maximă la prize! Găsiți la magazine dispozitive speciale cu care să le acoperiți. Ascunde-ți fețele de masă! Copiii au obiceiul să le tragă peste ei cu tot ce se află de asupra lor. Nu puneți pe marginea mesei cratițele și cămile cu lichide fierbinți.

Probabil cel mai important mod de a preveni traumatismele la copiii mici este să-i creați un mediu liber de pericole.

Recomandări privind securitatea copiilor în vîrstă de la 12 luni pînă la 2 ani

De la 12 luni până la 2 ani

- Fiți atenți cu obiectele de care copilul se poate sprijini. Explicați-i că ușa cuptorului frige etc.

- Instalați un protector în jurul plitei.

- Nu-l lăsați singur în bucătărie. Întoarceți mânerul cratițelor sau a tăvilelor spre interiorul plitei.

- Deconectați, puneți în locuri inaccesibile aparate electrocasnice (mixer, cuțit electric, fier de călcat etc.)

- Fixați mobila de perete pentru a evita o cădere eventuală a ei peste copil.

- Nu plasați mobila (canapele, scaune etc.) în fața geamului, care ar facilita accesul copilului la geam.

- Instalați gratii de protecție la balcon, ferestre, scări.

- Păstrați chibritele și brichetele în locuri inaccesibile pentru copil.

Atenție! Copilul vă imită!

Copilul stă în picioare, el merge sau va merge în curînd.

Traumele și accidentele întâmplătoare reprezintă cauza principală a deceselor copiilor mai mari de 1 an.

Fiind lăsați fără supravegherea adulților, copiii de cele mai multe ori se traumează.

Pentru a evita traumatizarea copilului, revizuiți interiorul casei în care locuiți.

Înlăturați din preajma copilului lucruri care cad, se sparg, înțepă, frig etc.

Aveți grija ca micuțul să nu rămână singur în preajma animalelor domestice. Țineți ferestrele bine închise, protejați scările cu gratii de siguranță. Iar dacă locuiți la țară – puneți lacăt sau zăvor la poartă, la beci. Nu lăsați copilul singur pe lângă rezervoare cu apă (bazine pentru udat, vase, butoaie umplute, fântîni).

Copiii mici sunt mai predispuși la accidente atunci când își schimbă mediul în care se află (merg în ospetie, călătoresc, schimbă locul de trai).

Copilul va înțelege în curînd semnificația cuvîntului „nu”. E necesar de a face copilul să înțeleagă sensul mesajului „permis/interzis”, care va fi explicat frecvent cu blîndețe și fermitate.

Pentru a asigura securitatea copiilor stabiliți niște reguli. Repetați-le de fiecare dată când copilul încearcă să le încalce. În acest mod el va învăța că acțiunile periculoase nu sunt acceptabile. Va fi nevoie să repetați de multe ori regula înainte ca el să o memorizeze.

2 ani și mai mari

- Nu lăsați copilul singur la iaz, piscină ;
- Evitați să puneți jos vase mari pline cu apă;
 - Excludeți accesul copilului la sobe sau alte sisteme de încălzire;
- Păstrați produsele menajere, toxice, cosmetice, medicamentele etc. în locuri inaccesibile pentru copii;
- Nu permiteți copilului să mănînce pomușoare, plante pe care nu le cunoașteți;
- Nu lăsați copilul să se plimbe singur cu tricicletă sau cu sania ;
- Învățați-l să nu traverseze strada în fuga, țineți-l întotdeauna de mîna;
- Nu lăsați utilaje electrice (de udat, de sudat)la îndemîna copilului;
- Excludeți accesul copilului în magazia, atelierul sau garajul de lângă casă ;
- Nu lăsați copilul fără supraveghere la un loc unde se joacă;
- Nu lăsați copilul să se joace pe șosea sau în apropierea ei;
- Fiți atenți ca copilul să coboare întotdeauna din mașina din partea trotuarului;

Nu ezitați să-l alertați asupra unor pericole și să-i explicați regulile de securitate!

Copilul urcă și coboară scările de unul singur, știe să deschidă ușile și, prin curiozitatea sa, merge să exploreze mediul înconjurător.

La această vîrstă el nu este conștient de majoritatea pericolelor ce-l pasc și rămîne incapabil să le înțeleagă.

Spre 3-4 ani copilul vorbește din ce în ce mai bine. El pune întrebări, este interesat de multe lucruri. Nu pierdeți nici o ocazie pentru a-i arăta și a-i explica pericolele care îl pasc.

Spre 4-5 ani copilul capătă mai multă autonomie și devine mai rapid în mișcări, el prinde gustul riscului fără a-l măsura bine.

Copilul învață jocuri noi, începe să practice sportul. Prin urmare apar noi riscuri pentru copil. Explicați acest lucru copilului Dumneavoastră și rămîneți vigilent.

Sunteți amuzați de felul cum copilașul vă imită tonalitatea, gesturile, dar cu aceasta el poate încerca și lucruri periculoase (să aprindă chibritele, să aprindă aragazul etc.). Toate lucrurile din jurul copilului sunt foarte atractive și periculoase pentru el.

Pentru a preveni accidentele, țineți copilul strâns de mîna când traversați strada și explicați-i de fiecare dată regulile de circulație. În automobil amenajați-i un scaun corespunzător vârstei, puneți-i centura de siguranță. Nu lăsați fire sau instalații electrice la îndemîna copilului. Nu lăsați copilul nesupravegheat în preajma animalelor domestice. Puneți încuietori sigure la geamuri, uși, porțițe, automobil.

Când mergeți cu copilul la iaz, la piscină sau la mare, nu-i repetați întruna „vei înghite apă”, „te poți îneca”, „te vor duce valurile” etc. Vorbiți-i calm de anumite riscuri și intrați în apă împreună cu el, învățându-l să înoate. Puteți să-i îmbrăcați un colac sau o vestă gonflabilă și să-l supravegheați discret. Astfel va învăța să-i placă apa și să se distreze, bălăcindu-se.

Este important să țineți sub observație copilul. Dar aveți grijă – el are nevoie să fie ocrotit de pericole reale și nu imaginare. Uneori, cu cele mai bune intenții, puteți întrece măsura. Iată că de la un timp nu-l mai lăsați să facă un pas fără Dumnezeuastră. Spaima nemotivată îl face pe copil fricos și bănuitor. Parcă e bine să-i fie teamă și de umbra sa? Obișnuiți-l să devină independent, să nu se mai sperie de găze, să se jace cu copiii din curte și să rămână la bunica măcar pentru o zi.

Situațiile în care mai frecvent pot surveni accidentele la copii

- Foame și oboseală la părinți/îngrijitori (de exemplu, cu circa o oră înainte de cină);
- Sarcina mamei;
- Boli sau decese în familie;
- Substituirea persoanei care îngrijește copilul;
- Tensiune între părinți;
- Schimbări rapide în mediu, cum ar fi plecarea în vacanță sau mutarea la casă nouă.

Apreciați măsurile de prevenire a accidentelor

Pe măsură ce copilul crește și se dezvoltă sporește probabilitatea accidentelor. Dacă înțelegem cum crește și se schimbă copilul și la ce vârstă va însuși abilități noi, veți putea planifica din timp măsurile necesare pentru asigurarea securității copilului. Nu uitați că la această vârstă copiii au nevoie de cineva care va avea grijă de securitatea lor în permanență.

Ce a învățat copilul	Accidentele posibile	Măsurile de prevenire
Se deplasează în leagăn, răsucindu-se și rostogolindu-se.	S-ar putea bloca între peretele leagănului și saltea.	Asigurați-vă că nu sînt spații între saltea și pereți, iar barele leagănului sunt foarte dese.
Apucă sau bate obiecte.	Ar putea trage ceva peste sine.	Nu lăsați la îndemîna copilului obiecte cu care s-ar putea răni
Încearcă să ducă totul la gură.	S-ar putea îneca.	Nu lăsați la îndemîna copiilor obiecte mici.
Se rostogolește.	S-ar putea rostogoli de pe canapea, pat sau pe scări.	Nu lăsați copilul singur. Folosiți, după necesitate, centuri de siguranță și bariere rigide.
Poate să mănânce singur.	S-ar putea îneca cu prea multă mîncare.	Dați-i copilului bucăți mici de mîncare. Nu lăsați copilul singur în timp ce mănîncă.

Bate obiecte unul de altul.	Și-ar putea zdrobi degetele sau ar putea să spargă vre-un obiect periculos.	Dați-i copilului jucării ușoare, moi. Asigurați-vă că nu poate ajunge obiectele de sticlă sau plastic.
Se cațără.	Poate cădea de la înălțime.	Mutați mese, scaune etc. de la ferestre unde copilul se poate urca.
Stă, ținându-se de mobilier.	Poate cădea sau trage peste sine piese de mobilier.	Strângeți fețele de masă, lămpile cu suport etc. care pot să cadă peste copil dacă le va apuca. Strângeți de pe podea jucăriile, covorașele etc. de care se va putea împiedica copilul. Nu lăsați copilul singur.
Se târăște și merge, ținându-se de mobilier.	Poate să cadă sau să se blocheze în treceri înguste.	Limitați accesul copilului în locuri periculoase prin plasarea obiectelor pe care nu le va putea da la o parte. Strângeți de pe podea obiecte care ar putea provoca căderea copilului. (jucării, covorașe, ziare, papuci și alte obiecte de care poate să se împiedice copilul).

Consiliați mama cu privire la problemele securității

Cea mai eficace modalitate de a preveni accidentele la copil constă în asigurarea unui mediu cu cât mai puține riscuri. Dacă din casă vor fi eliminați factorii de risc, se va reduce probabilitatea producerii leziunilor în momentele când veți fi distras de sunetului telefonului sau al soneriei de la intrare.

Planul de asigurare a securității în familie

Pericolele identificate la vârsta	Măsuri de securitate
0-6 luni Duce la gura tot felul de obiecte.	Nu-i dați jucării sau obiecte ascuțite, jucării prea mici sau care pot fi desfăcute.
6-12 luni El vrea să exploreze spațiul.	Exclueți din câmpul lui de acțiune obiecte care l-ar putea trauma: cuțite, stilouri, foarfece.
12 luni-2 ani Copilul merge.	Instalați un protector în jurul plitei.
2 ani și mai mari Copilul capătă mai multă autonomie și devine mai rapid în mișcări.	Învățați-l să nu traverseze strada în fuga. Țineți-l întotdeauna de mână.

ROLUL JOCULUI ȘI A JUCĂRIEI ÎN DEZVOLTAREA COPILULUI

Nu există dezvoltare fără joc

Cercetările recente asupra dezvoltării creierului relevă faptul că la momentul școlarizării copilului capacitatea creierului acestuia este aproape completă. Este astfel esențială importanța unei stimulări adecvate pe parcursul primului an de viață.

Cel mai bun lucru din viața unui copil este jocul. Toți copiii sănătoși se joacă. Competența de a se juca se învață. Așa cum adulții pot dezvolta capacitatea copiilor de a vorbi vorbindu-le, tot astfel ei trebuie să se joace cu ei pentru a le dezvolta capacitatea de a se juca. În cadrul Convenției ONU privind Drepturile Copilului au fost date explicații referitor la dreptul oricărui copil la joc și recreere. Jocul este necesar pentru dezvoltarea multilaterală a copilului

Jocul este un concept și un proces. Jocul constituie o parte necesară a vieții copiilor, pentru că el îi ajută să se acomodeze și să înțeleagă lumea înconjurătoare. Jucându-se copilul își descoperă părțile tari și slabe, abilitățile și interesele. Jocul permite copilului să se dezvolte din punct de vedere social, emoțional, fizic și intelectual.

Jocul este reflectarea dar și stimulentele tuturor achizițiilor noi. Jocul poate fi colectiv. Totuși, majoritatea copiilor de 2-3 ani preferă să se joace singuri sau cu adulții.

Părinții trebuie să încerce să participe ca simpli tovarăși de joc, să nu se erijeze în conducători. Camera în care era obișnuit copilul să se joace nu-i mai satisface nevoia de mișcare și de spațiu. Parcul, curtea, grădina îi oferă condiții pentru a se desfășura (alerga, cățara, tăvăli, învârti).

Jocul constituie un factor pedagogic. Observați copilul în timp ce se joacă. Atrageți atenția la următoarele:

Soluționarea problemelor

- Potrivirea pieselor din puzzle sau alte jocuri
- Conctruirea
- Elaborarea unui sistem de împărtășire
- Descoperirea cum pot fi ajustate hainele străine

Abilități sociale

- Vorbirea pe rând
- Discutarea cu alte persoane despre obiectele din jur
- Jocul în comun cu alte persoane
- Soluționarea de sinestătător a conflictelor
- Cooperarea în timpul jocului

Idei creative

- Folosirea unui obiect pe post de altul
- Vopsirea, colorarea – folosirea culorilor și liniilor, amestecarea culorilor
- Construirea cocioabelor din pături și perne
- Folosirea obiectelor casnice pentru joacă

Fantezia și imaginația

- Imitarea scenelor casnice
- Înscenarea situațiilor dificile și soluționarea lor
- Alcătuirea povestioarelor, jocurilor, poeziilor
- Călătoriile imaginare

- Înscenarea povestirilor și poveștilor
- Cooperarea cu alți copii

Sentimentele

- Îmărtășirea propriilor sentimente unui copil sau adult
- Recunoașterea sentimentelor altor persoane
- Înscenarea situațiilor de impunere a disciplinei
- Mângâierea altor copii, a adulților sau jucăriilor
- Îngrijirea jucăriilor sau a animalelor de casă – hrănire

Cunoștințele și conceptele

- Folosirea cânilor de plastic de diferite dimensiuni sau a altor obiecte pentru a înțelege conceptele de dimensiune, volum etc.
- Memorizarea cazurilor când au eșuat încercările anterioare
- Învățarea pe de rost a cântecelor, poeziilor, poveștilor
- Recunoașterea locurilor în care a mai fost și indicarea direcției de mișcare

Insistența

- Continuarea activității chiar și în cazul eșecului repetat
- Repetarea încercării în ziua următoare
- Finisarea proiectului început mai înainte
- Repetarea încercărilor până însușește abilitatea – săritul peste coardă, mersul pe roțile, mersul pe bicicletă etc.

Trecerea de la jocul-mânuire la jocul de imaginație

În activitatea de joc a copilului se înregistrează trecerea de la activitatea de joc-mânuire la jocurile de imaginație, în care intervin simboluri elementare și se încorporează acheme de conduită.

Copilul se prefăce că telefonează, citește, scrie, bea cu ceașca de cafea, adoarme ursulețul, face injecții mamei etc. Este un nou stadiu deoarece comportă mai mult decât o simplă imitație. Mai întâi copilul este capabil să recunoască simbolul pe care îl reprezintă obiectul, precum și utilizarea lui: telefon, carte, ceașcă etc. În al doilea rând copilul se identifică cu o persoană adultă, sau cu un frate, sau cu o soră mai mare.

Are preferințe pentru unele povestiri și cere să-i fie repetate. Devine sensibil la muzică, la ritm, la melodie, la cântece pentru copii, la jocurile însoțite de muzică. Cântați și dansați cu el. Cu timpul copilul caută din ce în ce mai mult compania altor copii. Un copil se dezvoltă armonios și se educă în contact cu alți copii.

Jocurile de mișcare.

Sunt foarte iubite de copii (mers prin tunel de mese, tîrâre prin tunel de scaune, alergare cu stegulețe, rostogolirea pe saltea, săritura cu mingea, mers pe scândura dreaptă sau înclinată, topogan etc.

Jocurile de îndemânare. Jocurile de îndemânare manuală (Fig.28) se încep încă din anul al doilea de viață: înșurubarea și desșurubarea capacului unei sticle, introducerea de bobite de staniol într-o sticlă, înșirare de mărgelile pe o tijă semirigidă, așezarea cuburilor unul peste altul, diferite aranjamente de castane, sticlute su figuri geometrice, sortare de mozaic pe culori, lipituri, desene etc.



Fig. 28 Dezvoltarea prin joc.

Jocurile de cunoaștere. Se prezintă un pom cu fructe, un brad împodobit, o pisică, un porumbel, o broscuță, o portocală, mere etc. Se va arăta obiectul natural sau animalul viu, pe care copiii să-l cunoască îndeaproape, să-l vadă în trei dimensiuni, să-l pipăie (în caz de prezentare a fructelor ele vor fi gustate de toți, florile vor fi mirosite).

Jocurile se vor alterna între ele (mișcare, cunoaștere, îndemănare). Din timp se va pregăti materialul didactic. Jocul se va anunța dinainte. După terminarea jocului copiii vor pune jucăriile pe etajere în sala grupei, la îndemâna tuturor.

Cum se joacă copiii în primul an de viață.

Adoră fața umană, îi place să asculte sunete / muzica, îi plac atingerile gentile, este preocupat de propriile mâini, focusează privirea, se poate juca cu degetele, exersează cu picioarele, îi place să se întindă, urmărește obiectele cu ochii, poate apuca obiectele, apucă și dă drumul la obiecte, preferă jucăriile asupra cărora poate avea impact (le face să sune, să se miște, să se schimbe), își dezvoltă idei despre mărime și formă, înțelege cuvinte, învață să meargă.

JOCUL este considerat o activitate fizică sau mintală gratuită, ce se realizează doar datorită plăcerii ce o provoacă (Chateau)

JOCUL PROPRIU-ZIS ESTE O STARE PSIHOLOGICA, O ANTRENARE ENERGETICĂ ÎNTR-O RELAȚIONARE IMAGINATIVĂ COIERENTĂ CU JUCĂRIA.

Tipuri de jucării

JUCĂRIILE REALISTE redau fidel trăsăturile tipice ale clasei respective, caracterul obiectului, lucrului, particularitățile lui. De exemplu, dacă jucăria reprezintă un câine atunci sunt respectate proporțiile, poate fi recunoscută rasa.

JUCĂRII CONVENȚIONAL IMAGINATIVE pun în evidență anumite detalii ce reprezintă obiectul, prezintă diverse semne externe ale lui, calități ce permit adaptarea jucăriei la joc, folosirea ei dinamică. Modelele de avioane, vapoare, trenuri, tehnica de construcție pot să nu fie executate exact în plinătatea detaliilor lor, dar le conțin pe cele caracteristice, definitorii pentru clasa dată. Incertitudinea le permite copiilor să inventeze completând detalii și hotărând ce tip de mașină este în cazul acestui joc. De asemenea copiii folosesc lucrurile

obișnuite pentru creație: de exemplu, un cubușor poate mai întâi să fie microfon al unui cântăreț roc, iar peste câteva minute se transformă în os pentru câine.

JUCĂRII SUBSTITUENȚI: bețișor în loc de termometru, cuțit, lingură, morcov sau o bucățică blânită pe care copilul o numește câine.

FUNCȚIA JUCĂRIEI este să stimuleze și să susțină jocul, creând motive de activități și ocazii de a lăsa frâu liber fanteziei.

CALITATEA JUCĂRIEI. O jucărie bună trebuie să fie punct de plecare, să lase loc imaginației copilului, să alimenteze imaginația lui.

Jucăria prezintă valoare doar prin calitățile ce i le atribuie mintea. Dacă jucăria are prin construcție prea multe calități aceasta reduce atât posibilitățile de interpretare pe care le-ar putea oferi, cât și valoarea sa ludică.

Aceasta nu înseamnă să punem în mâna copilului doar jucării rudimentare. Jucăria are menirea nu doar să dezvolte fantezia copilului, dar și rolul de a-l iniția în misterele realității, de a-l învăța să țină seama de cerințele ei.

Jucăriile: o mare diversitate

Categorii de jucării: Jucăriile micuților sunt înainte de toate pentru a fi învățate, manipulate și morfolite. Dar după ce copilul trece de câteva luni, vom constata că jucăriile se specializează. Fiecare categorie de jucării caută să solicite o componentă a dezvoltării copilului. Jucăriile de imitare sunt desigur cele mai potrivite: fă ca tata sau fă ca mama, ca doctorul sau ca vânzătoarea, sunt printre cele mai frecvente jocuri de la vârsta de 2 ani. Aici se raportează și telefonul, camionul, păpușa, etc. dar cum aceste jucării aparțin de asemenea unor altor categorii (jucării cu motor sau afective) se înțelege că aceste categorii se amestecă între ele câte puțin și sunt mai puțin tranșante decât par.

Este deosebit de important să se cunoască diferite tipuri de jucării. Este de dorit ca un copil să aibă jucării din fiecare categorie a căror cantitate respectivă să varieze în funcție de gusturile și interesul copilului. El ar putea astfel să-și dezvolte cel mai bine toate aspectele temperamentului său.

Jucării care dezvoltă motricitatea (mișcarea)

Jucăriile din această categorie îl ajută pe copil să se servească într-o manieră armonioasă de corpul său. Unele vizează motricitatea fină, adică ușurința de a se servi de mâinile sale. Sunt cele care incită copilul la manipulare, orientare, îngrămădire, de a le ține corect, de a trece jucăria dintr-o mână în alta. Altele vizează motricitatea globală, adică ele incită copilul să folosească întregul său corp într-o mișcare. Își va dezvolta atunci coordonarea gestului și a echilibrului. Ei învață să se servească mai bine de corpul său și să-și stăpânească gesturile.

Câteva exemple de jucării cu dominantă motrică:

Purtător, tricicleta, mingi, balon, cerc, coarda, popice, structurile jocurilor din exterior (topoganul, balansoarul), jocurile de manipulare.

Jucăriile care dezvoltă creativitatea și imaginația

A crea înseamnă a concepe, a învăța, a pune noul acolo unde nu există. Toate jucăriile (acelea care sunt bune) ar trebui să permită copilului să-și exprime creativitatea. Copilul adoră să pună împreună elementele care nu au fost prevăzute pentru aceasta, să scoată din funcție obiecte și să inventeze moduri noi de a se servi de acestea. Nu-i lipsește niciodată imaginația pentru a-și crea o lume nouă. Copilul știe să împodobească cu imaginația sa persoana, cea mai banală jucărie și să facă un pretext din ea pentru orice fel de scenariu. Anumite jucării favorizează în mod specific această imaginație a copilului prin aceea că deși nu sunt nimic prin ele instalate pot totuși să solicite acțiunea copilului. Acestea sunt toate

jucăriile cu funcție artistică. Dar este evident că o păpușă simplă, de exemplu, este de asemenea o jucărie care succintă creativitatea și imaginația.

Exemple de jucării cu dominantă creatoare:

Creioane de ceară sau de colorat, markere, culori, foi mari de hârtie sau tablou mare, plastelină, instrumente muzicale, marionete, jocuri de construcție sau jocuri din bucăți care se asamblează.

Jocuri care dezvoltă afectivitatea

Aceste jucării permit copilului să-și exprime afecțiunea, tandrețea și de asemenea uneori agresivitatea. El se desprinde din trăirile sale pentru a se interesa de acestea și le rejoacă cu ceilalți. Jucăriile afective sunt cele cu care copilul va crea legăturile cele mai durabile și mai privilegiate. Esența jucăriilor afective este reprezentată de către păpuși, figurine și animale de plus.

Jucăriile care dezvoltă imitația

Imaginația este procesul esențial prin care copilul se apropie și înțelege lumea care îl înconjoară. Foarte tânăr, el pare că vorbește la telefon, o imita pe mama sa hrănindu-și păpușa sau se joacă de-a doctorul care face injecții. Copilul reia cu jucăria ceea ce i s-a întâmplat în viața reală și se joacă cât îi este necesar. Aceasta îi permite pe de-o parte de a se apropia de comportamentele noi și de a-și lua în considerare anumite angoase sau experiențe dezagreabile din viața sa.

Exemple de jucării care au dominantă imitația

Păpușile și toate accesoriile lor (casa, îmbrăcăminte, materiale, mașini, câinele de joacă, etc), micile subiecte în mediul lor, deghizări, tot ceea ce permite să-l facă să semene cu altcineva. Jocul de-a cumpărăturile, de-a doctorul, de-a activități menajere, garajul și circuitul auto, ferma cu animalele sale.

Jocurile care dezvoltă capacitatea senzorială și intelectuală

Evident este cazul tuturor jucăriilor, pentru că ele permit jocul care este el însuși indispensabil dezvoltării intelectuale a copilului. Inteligența celui mic este mai întâi de toate o inteligență senzorială, motrice, afectivă. Prin manipulare, încercare și asamblare copilul descoperă să-și exercite capacitățile mentale. Anumite jocuri sunt în mod special concepute pentru a antrena copilul să descopere, să clasifice, să memoreze, să raționeze, să asambleze, să reflecteze, să aplice o rațiune logică, toate marile funcții care stau la baza operațiilor mentale care în mod progresiv se așează în ordine.

Exemple de jucării cu dominantă intelectuală

Jocurile de asamblare, construcție, jocurile de clasare, de ordonare, jocurile puzzle, jocurile de loto mari sau domino, jucăriile care te trezesc sau care se manipulează.

Cu privire la jucăriile numite de trezire sau de învățare este important să precizăm un lucru, jocul este ocazia pentru copii pe care noi am subliniat-o de a învăța să cunoască lumea care îl înconjoară. În mod egal să învețe să se cunoască el însuși, evoluând în ritm propriu. Cuvântul „a învăța” se pretează la ambiguitate deoarece pentru copil nu există diferență între a se juca și a se dezvolta, a se juca și a învăța, a învăța și a manipula, a învăța cum merge „asta”, a învăța să facă precum mama și tata, etc.

Dar atenție: jocul de-a lungul competențelor minunate pe care le relevă copilul nu trebuie să fie recuperat de adult pentru a deveni un pretext de a-l antrena sau a-l învăța. Jocul și jucăria servesc pentru a se juca, asta-i tot. Copilul trebuie să se poată juca din plăcere, chiar dacă această plăcere i se impune prin efort. Copilul se va lasă pradă realităților învățate pentru că mai multe capacități înseamnă mai multe jocuri posibile, de unde și avantajul plăcerii. Și de asemenea pentru că el este împins de o pulsație fundamentală, inerentă, care este dorința

de a trai, de a crește și curiozitatea de a cunoaște. Copilului îi revine sarcina de a dota jocurile sale cu complexitate, nu adulților, de a fixa definiții sau de a-l antrena în a o face mai bine.

Să uitați ce spun cei care se agață de performanța și de învățatul precoce. Copii învață foarte bine când sunt lăsați să o facă cu mai puțin material necesar la dispoziție, și cu cât dispun de o latura afectivă. Ei își exercită fără încetare spiritul asupra oricărui lucru pe care îl descoperă. De-a lungul viselor lor își construiesc o cunoaștere și își dezvoltă o imaginație plină de promisiuni. Atunci a oferi unui copil mic o jucărie pentru a „învăța” este un nonsens.

Ceea ce copilul face cu jucăria sa este domeniul său particular. Adulții nu ar trebui să se amestece decât la solicitarea expresă a copilului și întotdeauna cu multă delicatețe. Ei nu pot să pretindă că știu mai bine decât copilul cum îi convine acestuia să se servească de jucăriile sale și ce se presupune că îl amuză. Copilul este profesorul jocului. A se juca este și trebuie să rămână înaintea de toate o activitate personală și gratuită

Funcțiile și destinațiile jucăriilor

Dacă jucăriile se grupează în mai multe sau mai puține categorii, diferă în mod egal după folosința pe care le-o va da copilul. El le va însuși într-o manieră mai mult sau mai puțin variată.

Anumite jucării, acestea fiind cele mai numeroase, servesc pentru a se juca în maniera prevăzută de producător. Altele servesc numai pentru decor. Copilul poate manipula mai mult sau mai puțin obiectul, însă este fericit să-l aibă în cameră și să-l privească. Anumite păpuși frumoase de colecție sau jucării fragile pot face parte din această categorie. Dar în mod egal, mobilele, care se mișcă cu ajutorul curenților de aer, pot fascina la fel de mult micuții.

Alte jucării se colecționează. Copilul se joacă cu figurinele sale, dar este foarte fericit să le aibă pe toate aproape. El le aranjează, le schimbă una cu alta, le aliniaza, etc. La copiii cei mai mici părinții sunt cei care stau la originea colecțiilor. Apoi repede copiii iau colecțiile în sarcina lor, desigur sub influența școlii.

Apoi este vorba și despre anumite jucării care au ca funcție esențială aceea de a fi posedate de copil. Jucăriile sunt proprietatea copilului și ele sunt singurele care trebuie să fie așa. Copilul este foarte devreme sensibilizat.

Nu pentru că nu se folosește niciodată de găletușa albastră, nu este de acord s-o împrumute prietenului din parc. „A mea!” este o exclamație spusă foarte devreme. Repetarea posesiunilor sale și apărarea lor este pentru un copil maniera sa de a-și afirma existența și identitatea. Jucăria înainte de a permite jocul este un semn. Semnul puterii („Am ceea ce alții nu au, e a mea”). Are o valoare de schimb care apare în anii de școală. Pentru toate aceste considerente jucăria are o valoare socială care nu trebuie subestimată.

Folosirea pe care copilul o va da jucăriei este de asemenea maniera în care aceasta își va găsi sfârșitul. Obiectul drag, apoi vital, câteodată reluat. O minge spartă care zace în fundul unui garaj așteptând-o pe Ana. Jucării care nu au rezistat unui tratament de forță și sfârșesc în bucatele la gunoi. Automate oprite, puzzle cărora le lipsesc bucățile sau păpuși fără braț care sfârșesc în fundul lăzii de jucării rareori readuse la suprafață. Jucării aflate încă în cutia lor originală, a cărei stări bune traduce slabul interes sau excesul de respect. Ursul adorat întotdeauna drag și mângâiat în ciuda urechilor care atârână.

Toate jucăriile au vocația de fi date într-o zi la rebut cu mai multă sau mai puțină tristețe sau considerație.

PARTEA II. COPILUL BOLNAV

CAPITOLUL 1

MALADIILE NOU-NĂSCUTULUI

L.Cerempei, E.Cucieru, L.Botnarcu, R.Cușnir, T.Țurcan

Patologia perioadei de nou-născut prezintă unele particularități față de aceea a sugarului și copilului mai mare, deoarece este determinată de dezvoltarea organismului în perioada embrionară, cea fetală și de adaptare la viața extrauterină. Morbiditatea specifică neonatală este determinată de factorii patologici de natură mecanică, fizico-chimică, infecțioasă, toxică, carențială etc.

Prin frecvență și gravitate primul loc în patologia neonatală le revine traumatismelor obstetricale, provocate de forțele mecanice, care acționează asupra fătului în timpul travaliului. Patologia obstetricală trebuie însă strict corelată cu patologia prenatală care provoacă tulburări în dezvoltarea somatică a fătului, tulburări structurale sau funcționale ale sistemului nervos. Patologia prenatală va influența răspunsul nou-născutului la stresul nașterii și la adaptarea lui la viața extrauterină.

Actualmente progresele înregistrate în asistența medicală neonatală fac ca marea majoritate a nou-născuților cu patologii ale sistemului nervos să supraviețuiască, să-și restabilească funcțiile perturbate, să se dezvolte la fel ca și copiii de aceeași vârstă.

Alți agenți care acționează asupra gravidei în perioada de formare a embrionului sau după nașterea copilului sunt factorii infecțioși, toxici, et,c care de asemenea produc malformații congenitale, diferite maladii, ce determină moartea fătului sau a embrionului.

TRAUMATISME OBSTETRICALE CEREBRALE

Traumatismele obstetricale cerebrale ale nou-născutului constituie o afecțiune a sistemului nervos central provocată cu precădere de acțiunea mecanică și traumatizantă a nașterii și de insuficiența oxigenării fătului.

Traumatismele la naștere conduc la decesul a 2% nou-născuți. Actualmente prin îmbunătățirea continuă a asistenței medicale la naștere și a performanțelor tehnologice traumatismele la naștere au devenit mai rare și cu complicații mai reduse. Din toate traumatismele depistate la naștere traumatismele obstetricale cerebrale constituie 45-50%.

Etiologie

Traumatismele obstetricale cerebrale sunt determinate de diferiți factori:

Factori favorizanți:

- Patologia intrauterină (maladii infecțioase, vicii de dezvoltare etc);
- Prematuritatea, dismaturitatea, postmaturitatea;
- Maladii ale gravidei (cardiovasculare, endocrine, infecțioase, gestoze etc.);
- Vârsta gravidei, sarcini multiple;
- Mecanismul travaliului (travaliu accelerat (sub 5 ore) sau întârziat (peste 24 ore), prezentații transversale, pelviene, intervenții obstetricale (cezariana) etc;
- Particularități morfofuncționale ale n.n. (fragilitate vasculară sporită etc).

Factori determinanți

A. Traumatismul mecanic:

- Canal de naștere rigid:la primipare, multiparele cu vârstă avansată;

- Dereglări de adaptare adecvată a canalului de naștere;
- Folosirea instrumentelor obstetricale (forcepsul, vacuum-extractorul);
- Bazinul îngust al mamei;
- Craniul mare al fătului, tracțiunea forțată a fătului;

Traumatismul mecanic la nivelul tegumentelor și al scalpului poate provoca cefalohematom, bose serosangvine, hematome subcutane craniene. Sub acțiunea factorilor mecanici mai pot apărea și leziuni ale cutiei craniene: fracturi liniare cu depresiune, care provoacă compresiunea creierului cu simptome neurologice de focar.

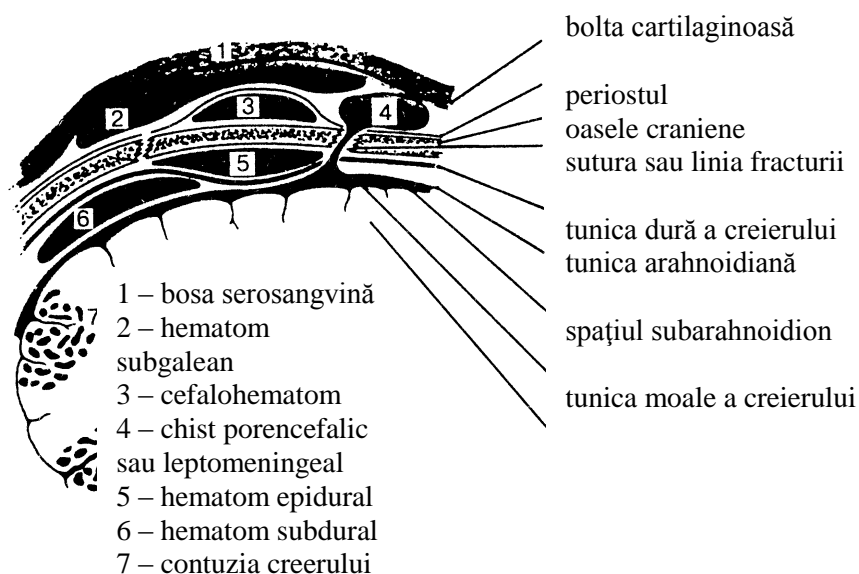
La compresiunea excesivă a craniului pot apărea hemoragii intracraniene, ce pot evolua cu diverse semne clinice în dependență de localizarea procesului hemoragic.

B. Traumatismul hipoxic (chimic):

Este prezentat de ischemie și hipoxie, care condiționează afectarea neuronilor și capilarelor. Ischemia cerebrală stimulează metabolismul anaerob, ce facilitează trecerea Na și CI în celulă și apariția edemului cerebral. Se stimulează și glicoliza anaerobă cu sporirea nivelului acidului lactic și apariția hemoragiilor intracraniene, leziunilor vertebromedulare cu pareze și paralizii.

Patologia dominantă prin traumatism obstetrical cerebral este reprezentată de hemoragiile meningo-cerebrale (HMC), care după localizare pot fi: epidurale, subdurale, intracerebeloase, subarahnoidiene, intraventriculare, intracerebrale etc.

Localizarea hemoragiilor intracraniene (HIC)



Hemoragiile epidurale. Hemoragiile epidurale sunt rare și însoțite frecvent de fracturi liniare ale oaselor craniene în regiunea parieto-temporală.

Simptomatologia de focar:

- *semne precoce ale hipertensiunii intracraniene* (bombarea și pulsarea fontanelei, lărgirea suturilor, etc);
- *hiperexcitabilitate* (neliniște, tremor al extremităților, dereglări ale somnului. Apare un țipăt specific slab, continuu, numit *cerebral*. Reflexele de sugere și de glutiție sunt diminuate. Hipertonia mușchilor flexori explică poziția specifică a copilului: capul flectat pe spate, membrele întinse, pumnii strânși și lipiți de torace. Respirația este dificilă, cu crize de apnee. Apar crize de febră sau starea de hipotermie;
- *letargie, convulsii, dilatarea unilaterală a pupilei pe partea hemoragiei.*

Diagnostic: la TC ce manifestă ca o acumulare epidurală convexă caracteristică de sânge.

Hemoragiile subdurale. Hemoragiile subdurale se întâlnesc mai frecvent la nou-născuții la termen decât la cei prematuri.

Variantele clinice: Hematom în fosa posterioară craniană, lezarea tentoriumului cerebelar cu ruptura sinusului sagital inferior, ruptura venelor cerebrale superficiale de legătură.

Semnele clinice apar în primele 24 ore după naștere și includ:

- *convulsii focale sau generalizate, tulburări de conștiință, iritabilitate;*
- *semne neurologice de focar în funcție de localizare (hemipareză, convulsii tonice, dilatarea pupilei pe partea hematomului, hipertensiune intracraniană progresivă).*

Hematomul în fosa cerebrală posterioară se manifestă prin:

- *nivel alterat al conștiinței, strabism și pupile de dimensiuni diferite;*
- *semnele creșterii presiunii intracraniene;*
- *semnele compresiunii bulbului rahidian care pot progresa până la dezvoltarea apneei și bradicardiei (în cazul antrenării părții de jos a bulbului);*
- *semne cerebrale bilaterale (convulsii și slăbiciunea/hipotonia focală).*

Hemoragiile subarahnoidiene se întâlnesc preponderent la nou-născuții prematuri. Dacă sunt limitate evoluează asimptomatic, iar aspectul copilului este satisfăcător. În cazul hemoragiei extinse are evoluție catastrofală și **se manifestă prin următoarele semne clinice:**

- *hiperexcitare / iritabilitate, hiperestezie, convulsii;*
- *hidrocefalie acută externă;*
- *inhibare (Faciesul este suferind, anxios, țipătul slab, ochii larg deschiși, privirea este fixată într-un punct, clipitul este rar, respirația este superficială cu geamăt, apar bătăi ale aripilor nazale, sunt caracteristice crize de apnee și cianoză, reflexele sunt diminuate, copiii refuză suptul, glutiția este dificilă, apar regurgitații frecvente, vome, tonusul muscular micșorat);*
- *precomă sau comă (inhibarea tuturor funcțiilor SNC);*

Criteriile de laborator și instrumentale ale HIC:

- **Neurosonografia;**
- **Puncția lombară;**
- **Tomografia computerizată;**
- **Screening-ul factorilor de coagulare:** protrombina, fibrinogenul, trombocitele pentru diagnosticul diferențial cu defectele congenitale de coagulare etc.

Monitoringul stării nou-născutului cu HIC:

- *Monitoring cardiorespirator permanent* pentru identificarea apneilor, respirației periodice, hipotensiunii și dereglărilor de ritm cardiac;
- *Examenele clinice repetate* pentru stabilirea: nivelului conștiinței, prezenței hipotoniei / slăbiciunii musculare de focar, convulsiilor;
- *Examenele Hb* pentru evaluarea pierderii de sânge;
- *Monitoringul dezvoltării hiperbilirubinemiei* (Bi totală din ser);
- *Măsurarea circumferinței craniului* pentru detectarea hidrocefaliei post-hemoragice.

Îngrijirea și tratamentul HIC:

1. **Asigurarea regimului protector de îngrijire**, mișcări minime în cazul îngrijirii copilului (partea de la cap a pătucului ridicată cu 30°, capul copilului în poziție de retroflexie ușoară);
2. **Resuscitare primară și transportare a copilului protectoare;**
3. **Asigurarea accesului venos cu administrarea i/v a soluțiilor** în primele 12 ore după naștere în volumul necesităților fiziologice. Dacă starea copilului rămâne gravă, terapia de infuzie se continuă în volumul necesităților fiziologice (alimentare+infuzie).

Primele 3 zile pentru infuzie se folosește sol. 10% glucoză. Începând cu ziua a 4-a de viață la volumul necesităților fiziologice de infuzie se adaugă 20 ml/kg de ser fiziologic (în ziua a 4-a necesitățile de soluții constituie $120 \text{ ml/kg/zi} + 20 \text{ ml/kg} = 140 \text{ ml/kg}$; pentru infuzie se folosește 120 ml/kg din volumul pregătit);

4. **Corecția hipovolemiei și a tensiunii arteriale:** *infuzii ale serului fiziologic 10 ml/kg. Dacă hipotensiunea și perfizia nu se normalizează peste 30 min, se repetă în volum dublu (30 ml/kg volum total).* Nu există indicații pentru transfuzia sângelui sau prepatelor de sânge (masă eritrocitară);
5. **În caz de insuficiență a contractilității miocardului** se administrează dopamina 5-10 mkg/kg/min;
6. **O₂ terapia** care depinde de starea copilului (de la metode de administrare în flux liber până la ventilarea artificială a plămânilor). Menținerea concentrației de O₂ - 90-95%;
7. **Metode alternative de alimentare** cu lapte matern stors prin metode alternative (primele 3-5 zile). În caz de precomă sau comă – alimentație parenterală;
8. **Administrarea analgezicelor:** în caz de *durere de intensitate medie* – analgezice antiinflamatorii - paracetamol 15 mg/kg per os fiecare 6-8 ore (nu va depăși 70 mg/kg/zi), în *durere puternică* – analgezice narcotice: morfină 0,1 (0,05-0,2) mg/kg fiecare 2-4 ore i/v, i/m, i/d sau fentanil 1-2 mkg/kg fiecare 4-6 ore i/v încet sau i/d sau în picurătoare în perfuzie 2 mkg/kg/oră;
9. **Terapia convulsiilor:** *preparatul de prima linie – fenobarbitalul* se administrează în doza de start 20 mg/kg i/v încet, timp de 5 minute. Dacă convulsiile nu se cupează timp de 30 minute, doza se repetă - 10 mg/kg i/v încet sau i/m. În caz de necesitate, fenobarbitalul se repetă în aceeași doză peste 30 min. Dacă convulsiile nu se repetă după administrarea inițială a fenobarbitalului, doza de menținere se poate administra peste 8-12 ore. Nou-născuții care primesc fenobarbital sunt monitorizați permanent fiindcă supradozarea lui provoacă dereglări respiratorii (apnee) și stop respirator. Dacă convulsiile nu încetează sau ele se repetă în decurs de 6 ore se folosește *preparatul de linia a doua – fenitoina* 20 mg/kg i/v care se administrează numai i/v, doza pentru administrare se dizolvă în 15 ml de ser fiziologic, apoi 4-8 mg/kg în 24 ore; rata infuziei să nu depășească 0,5 ml/min timp de 30 min. **Atenție! Fenitoina trebuie dizolvată numai în ser fiziologic, dizolvarea în alte soluții duce la formarea cristalelor.** Paralel cu administrarea anticonvulsivantelor se caută originea convulsiilor;

Tratamentul anticonvulsiv la nou-născutul care a avut convulsii este următor: Dacă convulsiile se repetă următoarele două zile, se indică fenobarbital în doza de susținere 5 mg/kg fiecare 12 ore per os atâta timp până când copilul nu va mai avea convulsii timp de șapte zile. Dacă convulsiile nu se repetă timp de 2 zile, se trece la administrarea fenobarbitalului per os timp de 7 zile (în lipsa convulsiilor). Dacă peste 2 zile convulsiile se repetă, tratamentul se începe după schema inițială cu trecere la doza de susținere 5 mg/kg per os timp de 7 zile în lipsa convulsiilor. După terminarea administrării fenobarbitalului copilul este observat de medic cel puțin încă 3 zile;

10. **Puncțiile lombale sau ventriculare curative:** *extragerea zilnică a câte 10-15 ml/kg de lichid cefalo-rahidian* contribuie la diminuarea lărgirii ventricolelor și creșterii perimetrului craniului, dar nu a influențat dizabilitățile neuromotorii. *La nou-născuții cu hidrocefalie post-hemoragică și creșterea presiunii intracraniene metoda poate fi folosită temporar pentru deciderea întrebării despre șuntare.* **În caz de edem cerebral cu semne de compresiune a trunchiului cerebral puncțiile lombare sunt contraindicate;**

11. **Administrarea diureticelor (inhibitorilor carboanhidrazei)** per os: acetazolamid (100 mg/kg/zi) și furosemid (1-2 mg/kg/zi) *numai în faza tardivă când are loc formarea hidrocefaliei posthemoragice*;
12. **Tratament chirurgical** în cazul lipsei efectului de la măsurile sus-menționate. Drenajul direct chirurgical se face în cazul creșterii presiunii intracraniene în hematoamele subdurale convexe sau hemoragiile epidurale. *Drenaj de urgență în hemoragiile în fosa posterioară cu semne de compresiune progresantă a creierului*;
13. **Vit K** în doză curativă (1-5 mg) i/v, conform protocolului „Boala hemoragică a n.n.”;
14. **Transfuzie de sânge / masă eritocitară** în caz de anemie (Hb<100 g/l și Ht<30%);

Contraindicațiile către transportarea copiilor cu HIC:

- *Dereglări grave respiratorii și cardiovasculare, sindrom hemoragic și convulsiv, precomă, comă, insuficiență suprarenală.*

Criterii de externare:

- Externarea la 5-7 zile de viață în cazul traumatismelor intracraniene ușoare și medii grave.

Dezvoltarea copiilor cu HIC

În *hemoragiile subarahnoidiene și subdurale convexe* dezvoltarea este normală, fără convulsii, câte odată de dezvoltă hidrocefalia sau simptomatologia de focar persistentă;

În caz de *hematom subdural în fosa craniană posterioară* – deces în urma compresiunii bulbului rahidian, hidrocefalie, complicații neurologice și developmentale la supraviețuitori.

Pronostic

Depinde de localizarea și caracterul afecțiunii, tratamentul efectuat, organizarea mediului de îngrijire a copilului.

Probleme posibile la părinți:

- Informații insuficiente despre traumatismele obstetricale;
- Dificultăți la crearea regimului corect de îngrijire și a celui alimentar;
- Prezența simțului de vină și neputință și anxietatea pentru viitorul copilului;

Consilierea părinților

- Completarea cunoștințelor referitor la traumatismele obstetricale cerebrale;
- Crearea mediului de îngrijire (atmosfera binevoitoare, încăpere curată, aerată etc.);
- Instruirea părinților referitor la îngrijirea copilului, efectuarea băițelor igienice, toaletei intime, alimentației etc);
- Monitorizarea stării copilului (dezvoltarea abilităților motorii, intelectuale);
- Utilizarea mai sporită în perioada de veghe a activităților de stimulare;

PREVENIREA TRAUMATISMULUI OBSTETRICAL

Antenatal:

- *prevenirea prematurității, ameliorarea managementului în perioada prenatală (asistență prenatală corespunzătoare);*

Intranatal (I, A):

- *prezența asistentului calificat la naștere, utilizarea adecvată a partogramei, prezența persoanei de suport la naștere, monitoringul perioadei a doua a nașterii.*

Postnatal:

- *Resuscitarea efectivă a nou-născutului* pentru evitarea hipoxiei și hipercarbiei, prevenirea hipovolemiei și fluctuațiilor TA, *corecția dereglărilor de coagulare a sângelui.*

PATOLOGIA CUTANATĂ A NOU-NĂSCUTULUI ȘI SUGARULUI

Patologia cutanată a nou-născutului și sugarului ocupă un loc de frunte în structura morbidității, datorită permeabilității crescute ale pielii, funcțiilor imperfecte de protecție mecanică, fizico-chimică și antiinfecțioasă. Tegumentele, ca principala suprafață de contact a organismului cu mediul ambiant, se transformă în poartă largă de pătrundere a agenților agresori chimici, fizici, infecțioși, etc.

Printre factorii favorizanți a patologiei cutanate ale nou-născutului se consemnează:

- Prematuritatea;
- Reactivitatea imunologică joasă a nou-născutului;
- Asfixia, traumatismele obstetricale cerebrale, boala hemolitică etc;
- Infecția bacteriană cronică la mamă, focare cronice de infecție;
- leziunile mecanice, traumatismul, microtraumatismul;
- Acțiunea săpunurilor iritante, a substanțelor cosmetice nedestinate copilului;
- Îngrijirea copilului într-o încăpere supraîncălzită, cauzând transpirații, care favorizează pătrunderea infecției;
- Îngrijirea incorectă a copilului (suspendarea băii igienice, toaletei intime). Iritarea pielii cu urină, materii fecale, mase vomitive etc. face ca pielea să devină și mai vulnerabilă;

Patologia cutanată poate fi de origine:

I. Neinfecțioasă:

- Dermatitele de contact și cele seboreice;
- Miliaria, eritem neonatal(toxic);
- Milia facială.

II. Infecțioasă :

- Viziculopustuloza, flegmoane, apcese ale pielii, furunculoza, carbunculul;
- Impetigo (osteofoliculita), pemfigusul neonatal (epidemic);
- Dermatita exfoliativă a nou-născutului (boala Ritter);
- Gangrena bontului ombilical;
- Omfalita catarală și flegmonoasă.

Patologia de origine neinfecțioasă

Dermatitele de contact (DC)

Formele particulare ale dermatitelor de contact sunt reprezentate de:

- ***DC peribucală.*** Apare în jurul cavității bucale în urma acțiunii prelungite a salivei, regurgitațiilor alimentare și se manifestă inițial prin eritem apoi vezicule și zemuire.
- ***DC perianal.*** Reprezintă un răspuns iritativ la componenții materiilor fecale, cu o incidență mai crescută la nou-născuții alimentați artificial. Debutează de obicei în prima săptămână după naștere prin eritem perianal pe o arie de 2-4 cm, ulterior cu eroziuni superficiale. Se poate asocia cu dermatita de scutec. Tratamentul constă în păstrarea unei igiene corecte.

- ***Dermatita de scutec.*** Reprezintă un eritem în aria genitală, aria pubiană, fese, abdomenul inferior, cu respectarea în general a pliurilor. În formele mai severe se remarcă un eritem intens, urmat de descuamare lamelară sau de apariția eroziunilor și a microveziculelor, ce pot conduce la ulcerări.

Tratamentul constă în spălarea frecventă a regiunii perineogenitale cu soluții slab antiseptice (permanganat de potasiu, clorhexidin, furacilin, infuzie de mușețel), uscarea riguroasă și aplicarea cremelor pentru copii, uleiului vegetal steril, cremelor cu anticandidozice (natamicin, stamicin). La apariția eroziunilor pielea se prelucrează cu soluție de violet de gențiană de 0,5%, albastru de metilen 0,5% sau alte antiseptice. Se evită cremele cu corticosteroizi (absorbție sporită) și talcul, care agravează și mai mult starea copilului.

Intertrigo. Prezintă o dermatoză inflamatorie a pliurilor, provocată de macerarea și de frecarea suprafețelor cutanate în condiții de igienă deficitară, obezitate, supraîncălzire și umezeală sporită, prin vestimentație neadecvată. Apar frecvent sub formă de congestie a pielii mai ales în regiunea cutelor naturale: la gât, inghinal, axilare, după pavilioanele urechilor, în plica cotului etc. În cazuri grave suprafața intertrigourilor poate să se macereze și să servească drept poartă de intrare a infecțiilor (planșa 36).

Tratamentul constă în spălarea frecventă cu apă și aplicarea pe sectoarele afectate a uleiului vegetal steril, soluției uleioase a vitaminei A, creme speciale pentru copii. Suprafețele macerate vor fi prelucrate cu soluție de violet de gențiană de 0,5%, albastru de metilen 0,5% sau alte antiseptice.

Miliaria (Sudamina)

Este o afecțiune a glandelor sudoripare, care survine după o supraîncălzire, la înfășurarea groasă cu multe scutece, utilizarea hăinuțelor din fibre sintetice, cauza fiind imaturitatea relativă a ducturilor sudoripare.

Forme clinice:

Miliaria cristalină – frecventă în primele 2 săptămâni de viață constă în obstrucția ductului sudoripar la nivelul stratului cornos al pielii. Se manifestă prin mici vezicule (punctiforme) friabile dispuse la nivelul capului, gâtului, trunchiului.

Miliaria rubră – obstrucția ductului sudoripar este mai profundă cu creșterea activității microflorei locale. Se manifestă prin erupții papuloase, papuloveziculoase eritematoase, localizate simetric cu evoluție în pusee de 2-3 zile. Leziunile se pot complica prin infecție secundară stafilococică.

Tratamentul constă în băi zilnice cu soluții slab antiseptice de permanganat de potasiu, infuzie de mușețel, coajă de stejar, dentiță etc. Se respectă igiena lenjeriei și întreținerea unei temperaturi adecvate în încăperi.

Dermatita seboreică

Este o dermatoză inflamatorie neexudativă cu o frecvență mai sporită la vârsta de 3-8 săptămâni. Debutează prin apariția scuamelor pe regiunile piloase (scalp, sprâncene) ale corpului. Plăcile sunt slab aderente, de culoare galben-maronie la nivelul scalpului și albuscate în rest (planșa 35). Erupția nu este însoțită de modificarea stării generale și nici de prurit.

Rolul etiologic îl joacă secreția sporită de glandele sebacee a sebumului în primele săptămâni de viață.

Măsurile de îngrijire în dermatita seboreică vizează îmbăierea cel puțin odată pe zi urmată de aplicarea cremelor emoliente sau paste cu substanțe anticandidozice.

Milia facială (nazală)

Reprezintă microchisturi formate di sebum și celule cornoase la nivelul nasului cu o frecvență crescută la nou-născut (50%) și cu dispariție spontană în 2-3 săptămîni.

Tratament nu necesită, doar se cere respectarea cerințelor igienice.

Eritemul neonatal (toxic)

Este o afecțiune frecventă (60%) a nou-născuților la termen cu debut în primele 48 ore de la naștere prin numeroase macule eritematoase, uneori turgescente, fiind cauzate de acțiunea factorilor mediului extern asupra tegumentelor. Remisia leziunilor este spontană în 1-3 zile. Nu necesită tratament.

Dermatitele infecțioase (piodermitele)

Etiologia

Maladiile supurative ale pielii, țesutului, subcutanat și ale ombilicului sînt cauzate de diferiți agenți patogeni: stafilococi, streptococi, colibacili, proteus, clepsiele, etc. Infecția poate fi de origine exogenă, mai rar endogenă.

Sursa de infecție:

- Mama copilului;
- Rude bolnave de amigdalită, caries dentar, afecțiuni purulente ale pielii;
- Personalul medical;
- Instrumentele medicale, obiectele de îngrijire, jucăriile.

Calea de transmitere a infecției:

- Aeriană;
- Prin contact direct și indirect;
- Transplacentar.

Vezielopustuloza

Este produsă în 90% cazuri de stafilococi.

Pe suprafața corpului apar vezicule superficiale cu diametrul de 1-3 mm, cu conținut inițial seros care devine curînd purulent. Pusturile unitare sau multiple se localizează mai ales între fese, pe cap, pe plicile pielii, pe partea internă a coapselor. Starea generală în cazul pustulelor unitare nu este modificată, febra lipsește. (Planșele nr. 4, 9 și 10).

Boala netratată poate produce complicații grave (pneumonii, flegmone, otite, septicemie, etc).

Osteofoliculita (Impetigo)

Apare în primele săptămîni de viață în deosebi în regiunile piloase ale corpului (scalp, sprîncene). Inițial apare o pustulă dură de la mărimea unui bob de mei pînă la un bob de linte, centrată de un fir de păr, fiind înconjurată de un halou eritematos. Peste 1-2 zile pustulele sparg cu formarea eroziilor, ulcerării, care apoi se acoperă cu cruste gălbui. Starea generală este modificată, apare febra, se dereglează suptul. Din cauza durerilor copiii sunt agitați, neliniștiți, rău dorm.

Furunculul

Este o inflamație a foliculului pilosebaceu și a țesutului din jurul lui. Leziunea se manifestă prin nodozități profunde, de mărimea unei cireșe dure, dureroase, centrată de un fir de păr, înconjurată de un edem inflamator. După cîteva zile nodozitatea ajunge la supurație cu formarea unei *ulcerații crateroforme*. După vindecare rămîn cicatrice deprimite. Furunculoza poate evolua pînă la 2-3 luni.

Furunculoza – se constată la apariția mai multor furuncule concomitent și poate evolua pînă la 2-3 luni.

Carbunculul

Prezintă un conglomerat de mai mulți furunculi produs în urma transmiterii infecției prin autoinoculare la foliculii învecinați. La nivelul țesutului adipos subcutanat apare o nodozitate inflamatorie dură, dureroasă, de mărimea unei alune, de culoare roșie-cianotică, înconjurată de un edem inflamator. Afecțiunea este însoțită de simptome generale ca durere, frison, febră, etc. Evoluția gravă a maladiei poate conduce la deces în cazul localizării procesului pe buza superioară, nas, în jurul orbitei ochiului.

Flegmoana nou-născutului

Este o maladie microbiană foarte gravă, rar întâlnită, cu afectarea nu numai a pielii dar și a țesutului subcutanat. La început apar macule eritematoase turgescente, care repede progresează și confluează între ele. Pielea recapătă o culoare roșie-cianotică, urmată de apariția sectoarelor distrofice cu edem și fluctuație.

Abcesele pielii (pseudofurunculoza)

Prezintă o inflamație purulentă a glandelor sudoripare. Ele se localizează mai ales în regiunile piloase ale corpului și pe porțiunile neîngrijite ale pielii. Se dereglează starea generală a organismului, crește temperatura, e posibilă septicemia. (Planșa nr.11)

Pemfigusul neonatal (epidemic)

Prezintă o maladie microbiană foarte contagioasă, apare în primele 3-6 zile după naștere sau mai târziu (pînă la 1 an). Se caracterizează prin apariția veziculelor sau bulelor rotunde sau ovale cu diametrul de 3-10 mm, cu conținut clar sau hemoragic. Leziunile apar pe un fundal eritematos, sunt răspîndite pe întreg corpul cu excepția plantelor și a palmelor. Bulele se rup ușor, confluează între ele, lăsînd ulcerații superficiale cu zemuire, care se acoperă de cruste subțiri (Planșele nr. 5 și 12). Epidermizarea completă survine după 8-10 zile. Erupția e însoțită de febră, tulburări digestive. Boala e extrem de contagioasă, se constată mai frecvent în maternități. La etapa actuală se întâlnește foarte rar.

Dermatita exfoliativă a nou-născutului (boala Ritter) sau sindromul de piele opărită

Este o formă gravă de dermatită microbiană, determinată de exotoxina exfoliativă (epidermolitică) a stafilococului auriu, apărută în primele zile după naștere sau mai târziu, uneori formează epidemii (Planșele nr.6, 7, 13).

Boala debutează la 1-2 săptămîni de la naștere după o infecție focară cu un exantem scarlatinoform la nivelul pliurilor, periorificial (peribucal), care apoi se răspîndește rapid (în cîteva ore pînă la o zi) pe față, trunchi și în scurt timp se generalizează. Stadiul eritematos este urmat de stadiul exfoliativ în care apar erupții buloase. După spargerea bulelor, rămîne o suprafață zemuindă, care treptat se acoperă de cruste. Afecțiunea are aspect *de piele opărită*, în care epidermul atîrnă în lambouri mari, descoperind suprafețe roșii, exudative. Starea generală a copilului este foarte gravă, febra atinge 39-40⁰C, apare deshidratarea. În lipsa măsurilor adecvate boala poate conduce la deces.

PATOLOGIA OMBILICULUI

Cuprinde diferite leziuni care apar înainte și după căderea bontului, fiind generate de îngrijirea incorectă a bontului ombilical și a plăgii ombilicale. De obicei bontul ombilical amputează la a 3-5 zi de la naștere iar plaga regenerează în decurs de 15 zile.

Până la vindecare plaga ombilicală prezintă o poartă importantă pentru pătrunderea infecției.

- **Gangrena bontului ombilical** se manifestă prin congestia și edemul bontului care ulterior se necrotizează. Starea generală se modifică, cu apariția febrei, dereglarea suptului, somnului etc. Boala poate progresa și conduce la flegmon ombilical, tromboflebita ombilicală, septicemie (Planșa nr.8).
- **Omfalita catarală.** Se manifestă prin hiperemia și edemul plăgii ombilicale și a pielii circumscrise cu raza mai mică de 1 cm. Eliminările din plaga ombilicală capătă un caracter seros sau sero-purulente cu miros fetid. Starea generală de obicei nu este modificată (Planșa nr.1).
- **Omfalita flegmanoasă și necrotică.** Hiperemia și edemul pielii se extinde periombilical la o distanță mai mare de 1 cm de la ombilic. Pielea din jurul ombilicului este indurată, poate avea o nuanță cianotică cu vizualizarea capilarelor turgescențe, datorită antrenării lor în procesul inflamator. Eliminările din plaga ombilicală sunt sero-purulente sau sangvinolente, cu miros fetid. În lipsa tratamentului apar sectoare de distrucție (Planșele nr.2 și 3).

Conduita copilului cu infecție bacteriană la nivel de asistență medicală primară (conform recomandărilor OMS)

În cadrul examinării unui sugar mic bolnav cu patologie cutanată sau ombilicală, specialistul medical va verifica semnele *infecției bacteriene posibile*, mai ales a unei *infecții severe* care foarte repede poate conduce la deces. Se examinează următoarele;

- *Frecvența respirației pe minut;*
- *Tirajul vădit al cutiei toracice;*
- *Flotația aripilor nazale;*
- *Determinarea gîfîitului;*
- *Eliminări purulente din ureche;*
- *Hiperemia ombilicului și eliminări purulente;*
- *Se măsoară temperatura corporală;*
- *Se caută elemente purulente pe piele;*
- *Se determină starea de letargie sau fără cunoștință;*
- *Se apreciază mișcările copilului.*

În timpul examinării copilul trebuie să fie liniștit sau poate să doarmă. Pe parcursul aprecierii primelor semne, copilul se poate trezi și atunci se verifică starea de letargie și mișcările lui.

Sugarul mic bolnav va fi clasificat ca **INFECȚIE BACTERIANĂ SEVERĂ și spitalizat de urgență**, dacă va prezenta orice semn din tabela de mai jos:

- ❖ *Respiră des(60 și mai multe resp./min), geme, tușește ;*
- ❖ *Are convulsii;*
- ❖ *Tirajul vădit al cutiei toracice;*
- ❖ *Flotația aripilor nazale;*
- ❖ *Fontanelă proieminentă;*
- ❖ *Eliminări purulente din ureche;*
- ❖ *Hiperemia ombilicului și a pielii circumscrise cu raza mai mare de 1cm;*
- ❖ *Multe elemente purulente pe piele (mai mult de 10 pustule);*
- ❖ *E letargic sau fără conștiință;*
- ❖ *Nu poate bea sau suge piept ;*
- ❖ *Se mișcă mai puțin ca de obicei (devine molatic);*
- ❖ *Refuză două mese la rând sau nu cere să mănânce timp de șase ore;*
- ❖ *Are febră $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, este iritat, neliniștit, plânge îndelung ;*
- ❖ *Are hipotermie ($<35,5^{\circ}\text{C}$);*

Clasificația **INFECȚIE BACTERIANĂ SEVERĂ** va prezenta sugarul mic bolnav cu pemfigus, ostiofoliculită, dermatită exfoliativă, furuncule, abcese, carbuncule, flegmonă, omfalite flegmanoase și necrotice, pneumonii, meningite, septicemie etc.

Pînă a fi spitalizat, sugarului mic i se administrează intramuscular *benzilpenicilină și gentamicină*. Combinarea acestor 2 antibiotice exercită o acțiune eficientă asupra unui spectru larg de bacterii. În continuare se tratează *profilactic hipoglicemia* prin aplicarea sugarului la sîn. Dacă sugarul nu este în stare să ia sînul, dar poate înghiți, i se oferă 30-50 ml lapte matern sau apă îndulcită și apoi se purcede la drum. Pentru a pregăti apa îndulcită se dizolvă 4 lingurițe de ceai cu zahăr (20g) într-o cană de 200 ml cu apă curată.

După ce copilului se acordă primul ajutor de urgență, părinților se lămurește necesitatea internării în staționar. Se organizează un transport sigur (se *cheamă urgența!*). Dacă este posibil lucrătorul medical va însoți transferarea copilului în comun cu mama. Pe fișă de transferare se indică tratamentul aplicat copilului. Instituția medicală este anunțată din timp despre venirea copilului.

În timpul transportării se evită dezvoltarea hipotermiei nou-născutului. Pentru aceasta mamei se recomandă să învelească bine copilul, sî-l *încălzească în brațele sale*. *Temperatura scăzută poate fi mortală pentru sugarul mic!* Pe timp cald copilul este protejat de acțiunea razelor directe ale soarelui.

Dacă la sugarul examinat din totalitatea de semne vor fi depistate mai puțin de 10 pustule pe corp sau inflamația ombilicului și a pielii circumscrise cu raza mai mică de 1 cm, el va fi clasificat ca **INFECȚIE BACTERIANĂ LOCALĂ cu prescrierea tratamentului la domiciliu, care include:**

- *Administrarea preparatului antibacterian pe cale orală;*
- *Instruirea mamei să trateze infecția locală;*
- *Recomandări mamei referitor îngrijirii sugarului la domiciliu;*

Preparatele antibacteriene recomandate mamei pentru tratarea infecției locale includ *amoxicilina sau eritromicina*. Mama este instruită să măsoare doza, să strivească pastila, s-o amestece cu lapte matern sau apă și s-o ofere copilului. Prima doză este administrată de mamă în instituția medicală, fiind ajutată de lucrătorul medical care urmărește mișcările mamei.

Mamei i se explică și i se arată tratamentul infecției locale. Personalul medical / îngrijitorul se va spăla pe mâini cu apă caldă și săpun. Ulterior va spăla puroiul și crustele cu

apă și săpun (la fel se tratează omfalita), va usca pielea apoi o va prelucra cu violet de gențiană nediluat de 0,5%. Elementele se prelucreează de patru ori în zi, în decurs de 5 zile. Mama este instruită să facă acest lucru oricând este posibil.

De asemenea mamei se oferă sfaturi referitor îngrijirii corecte a sugarului (lengerie curată, din fibre naturale, deridicarea umedă în odaie, băițe igienice regulate etc).

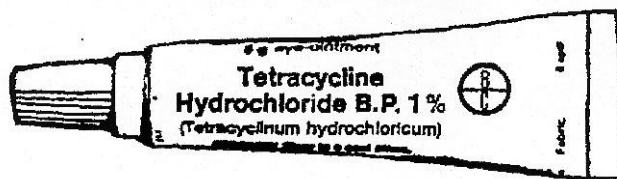
După întrebările de control oferite mamei și asigurarea că ea a memorizat tratamentul, se mai explică, că peste 2 zile copilul va fi adus la medic pentru evaluarea stării lui. Mama va aduce copilul mai devreme dacă infecția progresează.

CONJUNCTIVITELE NOU-NĂSCUTULUI

Prezintă o afecțiune frecventă a sugarilor în primele săptămâni de viață, fiind generate de nerespectarea cerințelor igienice la îngrijirea copilului. Boala se manifestă prin edemul și congestia conjunctivei ochiului, eliminări seroase sau sero-purulente din ochi. Netratarea copilului poate conduce la ulceratii ale corneei și la orbire.

Managementul oftalmiei

- Se respectă aceleași măsuri de igienă (spălarea pe mâini cu săpun);
- Pleoapele se prelucreează cu apă fiartă și răcită, utilizând tampoane curate separate, de la unghiul extern al ochiului spre cel intern;
- Se administrează de 3 ori pe zi unguent de tetraciclină 1% sau eritromicină 0,5%.



MĂSURA REALĂ A TUBULUI CU UNGUENT DE TETRACICLINĂ
Mărimea dozei (asemănătoare cu bobul de orez)

Instruirea mamei referitor utilizării unguentului de tetraciclină cu demonstrarea procedurii

- Se spală mâinile înainte și după tratamentul ochilor.
- Se șterge puroiul din ochii copilului cu o materie sterilă.
- Se spală pleoapele cu apă fiartă și răcită, utilizând tampoane curate separate, de la unghiul extern al ochiului spre cel intern.
- Se șterg ochii copilului cu șervețele de tifon sterile.
- Se trage în jos pleopa inferioară a ochiului. Se spune mamei că anume aici este necesar de a aplica unguentul, explicându-i că tubul nu trebuie să intre în contact nici cu ochiul nici cu pleopa.

Lucrătorul medical va ruga mama să încerce să șteargă ochiul și să folosească unguent oftalmic pe celălalt ochi al copilului.

După ce ea a îndeplinit tratamentul, oferiți-i următoarea informație suplimentară:

- Tratați ambii ochi până la dispariția hiperemiei ochiului infectat. Starea ochiului infectat se ameliorează, dacă din ochi sunt mai puține eliminări purulente sau ochii dimineața nu sunt "lipiți".
- Nu folosiți alte unguente oftalmice, picături sau metode netradiționale în tratamentul ochilor copilului. Ele pot fi periculoase și pot leza ochii copilului.

- Dacă peste 2 zile eliminările purulente nu dispar, reveniți cu copilul în instituția medicală.

Apoi mamei i se oferă tubul cu unguent. Înainte ca mama să părăsească instituția medicală, se pun *întrebări de control* și se verifică dacă ea înțelege cum să trateze ochii copilului.

Dacă peste 2 zile după administrarea tratamentului eliminările din ochi continuă sau se intensifică, copilul de urgență va fi spitalizat.



Fig. 29 Aplicarea unguentului oftalmic

Profilaxia maladiilor cutanate

- Supravegherea minuțioasă a gravidelor;
- Crearea condițiilor optime de îngrijire a nou-născutului, începând din maternitate;
- Profilaxia infecției intraspitalicești;
- Evitarea microtraumatismelor la copii;
- Îngrijirea eficientă a sugarului în condiții de domiciliu;
- Tratarea timpurie a infecției cutanate locale;
- Sanarea focarelor cronice de infecție.

Probleme posibile la părinți

- Informații insuficiente despre patologia copilului;
- Dificultăți la crearea regimului de îngrijire;
- Prezența simțului de vină și neîncrederea în succesul tratamentului;

Consilierea părinților

- Completarea cunoștințelor părinților referitor patologiei cutanate;
- Monitorizarea permanentă a stării copilului prin examinarea pielii, ombilicului, termometriei etc;
- Crearea mediului favorabil de îngrijire (odaie curată, bine aerată, dezinfectarea lenjeriei cu fierul de călcat înferbîntat, utilizarea lenjeriei din fibre naturale, efectuarea băiștelor igienice cu soluții antiseptice, etc.);
- Spălarea lenjeriei copilului utilizînd săpunuri hipoalergene;
- Promovarea alăptării la sîn, spălarea periodică a mameloanelor cu apă și săpun;
- Promovarea relațiilor afectuoase între mamă și copil (luarea mai frecventă în brațe, alinarea copilului, etc.);

BOALA HEMOLITICĂ A NOU-NĂSCUTULUI

Boala hemolitică a nou-născutului este condiționată de conflictul imunologic în urma incompatibilității sîngelui fătului și al mamei după Rhesus –factor (Rh) sau grupa sangvină. În 92% cazuri boala hemolitică se dezvoltă în urma incompatibilității sîngelui fetomaternal după Rh factor și numai în 7-8% de cazuri boala hemolitică este cauzată de incompatibilitatea grupelor de sînge. Incidența maladiei este de 1 caz la 300 nou-născuți.

Etiologia

Se cunosc 14 sisteme eritrocitare de bază, care cuprind mai mult de 100 de antigene, unul din ele fiind factorul Rh, care se conține în eritrocitele a peste 80 % de oameni, considerați Rh+.

În componența sa factorul Rh, la rîndul său, include 3 antigene – D, C, E. Cel mai frecvent boala hemolitică este produsă de antigenul D, care posedă cea mai înaltă activitate antigenică. El se conține la 85% de persoane Rh+.

Grupele sanguine

I 0($\alpha\beta$)	
II A (β)	A, B – aglutinogeni
III B(α)	α , β – aglutinine
IV AB	

Deseori boala hemolitică apare la nou-născuții, care moștenesc de la tată grupa II A (β) și III B (α), iar mama are grupa I 0 ($\alpha\beta$).

Grupe de sînge compatibile

Mama	Copilul/fătul
II A (β)	I 0($\alpha\beta$) II A (β)
III B(α)	I 0($\alpha\beta$) III B(α)
IV AB	Toate grupele de sînge

Factori de risc

- Nașteri frecvente în anamneză;
- Factori obstetricali – operația cezariană sau alte leziuni vasculare ale placentei sporesc riscul transfuziei masive de sînge cu sensibilizarea ulterioară a femeii;
- Sexul – riscul de manifestare gravă a bolii hemolitice la băieți este mai mare decît la fete;
- Factorul etnic – sîngele Rh- este caracteristic la 15% din populația caucaziană, la 5% de rasă negroidă, și nu se observă la populația Orientului.

Fiziopatologia bolii hemolitice

Acțiunea primară a antigenului Rh asupra organismului matern are loc în deosebi în timpul primei sarcini. La contactul primar cu antigenul Rh sistemul imun matern se sensibilizează și recunoaște antigenul. Boala hemolitică la prima sarcină se dezvoltă în 1 % de cazuri.

La contactul repetat cu antigenul Rh în organismul matern se formează anticorpi specifici anti-Rh, care trec bariera placentară și, nimerind în sîngele fătului, produc hemoliza eritrocitelor. Elaborarea anticorpilor începe de la 3 – 4 săptămîni a dezvoltării embrionare. În urma hemolizei eritrocitelor la făt se dezvoltă anemia și sporirea cantității de bilirubină în sînge. Capacitatea ficatului de a neutraliza toxicitatea bilirubinei indirecte este redusă din

cauza insuficienței fermentului glucuroniltransferaza, a cărei funcție este de a transforma bilirubina indirectă în fracția directă.

Cantitatea sporită de bilirubină conduce la acumularea ei în organele cu un conținut mare de lipide – creier, ficat, suprarenale. La atingerea indicelui de bilirubină de 300 mkmol/l se dezvoltă encefalopatia bilirubinică, numită și **icterul nuclear**.

Boala hemolitică produsă de incompatibilitatea grupelor sanguine evoluează foarte ușor, în 90% de cazuri se aseamănă cu icterul fiziologic.

Clasificarea

I. Tipul de conflict

- Încompatibilitatea de grupă (ABO);
- Încompatibilitatea factorului Rh;
- Încompatibilitatea în alte sisteme de antigene;

II. Formele clinice

- Moartea intrauterină a fătului cu macerare;
- Edematoasă;
- Icterică;
- Anemică;

III. Gradul de evoluție

- Ușoară;
- Moderată;
- Gravă.

Manifestările clinice

Forma edematoasă (anasarca fetoplacentară)

Este cea mai gravă formă. Simptomele bolii încep să se dezvolte în perioada intrauterină și copilul se poate naște prematur.

- Starea generală este foarte severă cu dereglări respiratorii, cardiovasculare etc;
- Tegumentele sunt edemice (Planșa nr.14), foarte palide, datorită anemizării copilului (Hb – mai jos de 60 gr/l, eritrocite – mai puțin de $1,7 \cdot 10^{12}$ /l);
- Este pronunțat edemul feței, membrilor inferioare, organelor genitale externe;
- Bilirubina este mai mare de 300 – 400 mkmol/l;

Pronosticul maladiei este nefavorabil deoarece copiii deseori se nasc morți sau decedază în primele ore după naștere.

Forma icterică

Este de asemenea o formă severă a bolii hemolitice și se manifestă în felul următor:

- Copiii sunt pasivi, reflexele diminuate, actul de sugere foarte slab;
- Icterul apare în primele ore după naștere (Planșa nr.15), se extinde rapid, intensificându-se;
- Urina are culoarea berei, materiile fecale - de culoare normală, galben – surie;
- Hepatosplenomegalia;

Dacă bilirubina sporește mai mult de 170 mmol/l în primele 24 ore și mai mult de 340 mmol/l la 72 ore, la copil se dezvoltă o stare critică numită **icterul nuclear** – care se caracterizează prin semne cerebrale: stare de letargie, apar simptome de encefalopatie, tremurul membrilor, convulsii, hipertonie musculară, semne meningiene, pareze, paralizii, poza specifică, nistagmus, simptomul „apusul soarelui”, tahicardie, TA micșorată, Ps filiform.

Pronosticul este nefavorabil, deseori survine decesul. Copiii care supraviețuiesc au sechele de encefalopatie, în dezvoltare se remarcă retard psiho-motor.

Forma anemică

Este forma cea mai ușoară a bolii hemolitice. Copilul se naște la termen, starea generală la început este satisfăcătoare și abea la a 4-7^a zi se modifică neînsemnat:

- Apare icterul tegumentelor care este confundat cu icterul fiziologic;
- Se mărește în volum ficatul și splina;
- Copilul este puțin pasiv, suge sânul mai lent;
- Bilirubina sporește pînă la 60 mkmol/l;

Starea generală se îmbunătățește rapid pe fundalul terapiei conservative. Pronosticul este favorabil.

Diagnosticul diferențiat

Semne	Ister fiziologic	Icter la prematuri	Atrezia căilor biliare	Icter în septicemie	Icter în hepatita infecțioasă
<i>Timpul apariției</i>	La 2-3 zi	La 2-3 zi	La 2-3 zi	2 săptămîni	În prima zi
<i>Durata</i>	10-15 zile	3-5 săptămîni	Pînă la deces	Timp variat	1-3 și mai multe săptămîni
<i>Intensitatea icterului</i>	Medie	Medie pînă la pronunțat	Icter clar pronunțat	Slab pronunțat	Foarte pronunțat
<i>Starea generală</i>	Nu este dereglată	Puțin dereglată	Primele luni nu-i dereglată	Severă	Dereglată
<i>Culoarea pielii</i>	Galben-roșie	Portocalie	Galben-verzuie	Galben - pămîntie	Galben-pămîntie
<i>Hemoragii cutanate</i>	Lipsesc	Foarte rar	Apar tardiv	Prezente	Lipsesc
<i>Temperatura</i>	Normală	Normală	Normală	Mărită	Mărită
<i>Splina</i>	Normală	Normală	Inițial N, apoi mărită	Mărită	Normală
<i>Ficatul</i>	Normal	Normal	Mărit	Mărit	Mărit
<i>Culoarea urinei (urobilina)</i>	Galben-deschisă	Galben-întunecată	Întunecată	Întunecată	Cafenie
	-	urme	-	+	+
Culoarea fecalelor stercobilirubină	Galbenă	Galbenă	Galben-Deschisă	Galbenă	Acolic
	+	+	-	+	+
Bilirubina totală în sânge	Mărită moderat	Mărită	Mărită considerabil	Mărită neînsemnat	Mărită
	Norma	Puțin mărită	Mult mărită	Puțin mărită	Puțin mărită
	Indirectă	mai moderat	Puțin mărită	Puțin mărită	Mai puțin
Anemie	lipsește	+	+	+	+
leucocitoză	-	-	leocopenie	+	+

Tratamentul

Obiectivele tratamentului:

- *Prevenirea dezvoltării icterului nuclear;*
- *Tratamentul anemiei;*
- *Supraviețuirea copilului;*

Tratamentul se efectuează în dependență de forma bolii hemolitice. În formele ușoare ale bolii se începe cu terapia conservativă :

- Fototerapia – considerată terapia de elecție în cazul când bilirubina este crescută moderat. Se realizează în incubator unde este instalată sursa de fototerapie la distanța de 45 cm de la copil. Se protejează ochii și organele genitale. Copilul este iradiat în decurs de 2-3 ore la intervale de 6-12 ore. Durata curei de tratament este de 24-48 ore (total 6-12 cure). Fototerapia inactivează toxicitatea bilirubinei indirecte prin descompunerea ei și eliminarea cu urina și scaunul;
- Terapia de perfuzie în combinație cu fototerapia se realizează, când fototerapia este ineficientă.
- Preparate care stimulează excreția bilirubinei din intestin – ursosan.
- Dacă terapia de mai sus este neefectivă se trece la terapia hemotransfuzională.

Indicațiile pentru terapia hemotransfuzională

- Icter instalat la naștere și bilirubina în sânge atinge 80mkmoli/l, anemie severă;
- Ritmul de sporire a bilirubinei /oră peste 8,6 mkmoli/l;
- Micșorarea hemoglobinei pînă la 160 g/l;
- Nou-născut cu bilirubina în limitele sau mai mare de 340 mkmoli/l;
- Nou-născut prematur, gradul I, II cu bilirubina în limitele sau mai mare de 250 mkmoli/l;
- Nou-născut prematur, gradul III cu bilirubina în limitele sau mai mare de 220 mkmoli/l;
- Nou-născut prematur, gradul IV cu bilirubina în limitele sau mai mare de 180 mkmoli/l;

În cazul incompatibilității după Rh- factorul, se indică transfuzii de sânge de aceeași grupă, Rh negativ, care grăbește însănătoșirea, cîte 80 – 100 ml/kg copiilor născuți la termen și 110-115 ml/kg copiilor prematuri. Astfel se înlocuiește 70% din sângele copilului. Se repetă transfuzia în dependență de nivelul hemoglobinei.

În boala hemolitică generată de incompatibilitatea fetomaternală după grupele sanguine, hemotransfuzia se face cu sânge 0(I), masă eritocitară 0(I) sau sânge de aceeași grupă ca și a copilului.

Alimentația

Copii sunt alimentați cu lapte matern, care nu prezintă nici un pericol pentru copil.

Profilaxia

- Depistarea gravidelor cu risc sporit pentru boala hemolitică a nou-născutului;
- Profilaxia avorturilor la femeile Rh- negative;
- Administrarea globulinei anti-D femeii Rh-negativ în primele 48 ore după naștere sau după avort, care va inhiba sinteza anticorpilor;
- Gravidele cu titrul înalt de anticorpi la termenele sarcinii de 16, 24, 32 săptămîni se consultă la medicul obstetrician. La a 16 și 32 săptămîni de sarcină se indică plasmofereza.

- Gravidelor cu titrul înalt de anticorpi se recomandă nașterea timpurie a copilului la termenul sarcinii de 38-39 de săptămâni prin operație cezariană.

Pronosticul

Este nefavorabil în cazul dezvoltării icterului nuclear. Copiii care au suportat boala hemolitică sunt mai sensibili la diferite infecții, vaccinuri, medicamente, produse alimentare. La unii copii se determină devieri în dezvoltarea psihoneurologică.

Probleme posibile la părinți

- Informații insuficiente despre boala hemolitică;
- Dificultăți la crearea regimului corect de îngrijire și alimentare;
- Prezența simțului de vină și neputință;
- Anxietatea pentru viitorul copilului;
- Defecte în educația copilului.

Consilierea părinților

- Completarea cunoștințelor referitor la boala hemolitică;
- Crearea mediului de îngrijire (atmosferă binevoitoare, încăpere curată, luminoasă, bine aerată etc.);
- Instruirea părinților cu privire la alimentație (alimentare frecventă și mai îndelungată la sân);
- Monitorizarea stării copilului în maternitate (frecvența respirației, pulsul, regurgitățile, scaunul, erupții pe piele, evoluția icterului);
- Antrenarea părinților la curele de fototerapie. Deoarece pot apărea febra, reacții alergice, diareea, părinții vor evalua permanent copilul, vor oferi lapte matern sau glucoză cu lingurița;
- Monitorizarea stării copilului la domiciliu (dezvoltarea abilităților motorii, dezvoltarea intelectuală);
- Utilizarea mai sporită în perioada de veghe a activităților de stimulare;

CAPITOLUL 2

MALADIILE NUTRIȚIONALE

L.Cerempei, E.Cucieru, T.Țurcan, L.Botnarcu, R. Cușnir, S.Cobîleanski

MALNUTRIȚIA SUGARULUI

Dereglările cronice de nutriție sau distrofiile se consideră stările patologice care se caracterizează prin dereglarea asimilării produselor nutritive de țesuturile organismului copilului, cu o abatere de 10% față de valorile medii ale vârstei.

Se deosebesc două tipuri de distrofii:

- *Malnutriția* (deficitul greutateii corporale);
- *Paratrofia* (surplusul greutateii corporale).

Tulburările cronice de nutriție conduc la micșorarea imunității și la o evoluție mai gravă a bolilor acute ce se dezvoltă la copii, de asemenea condiționează apariția patologiilor cronice în organism.

Malnutriția este o dereglare cronică de nutriție determinată de carență de proteine și de calorii, caracterizată printr-o stagnare a creșterii organismului, tulburări metabolice și modificarea reactivității organismului.

După datele OMS incidența malnutriției în lume constituie 10-12%.

Clasificarea malnutriției

I. În funcție de timpul apariției deosebim:

- Malnutriție prenatală;
- Malnutriție postnatală;
- Malnutriție mixtă (prenatal-postnatală)

II. În funcție de gravitatea bolii deosebim:

1. Malnutriție de gradul I (deficit ponderal 11-20%);
2. Malnutriție de gradul II (deficit ponderal 21-30%);
3. Malnutriție de gradul III (deficit ponderal 31% și mai mult);

Actualmente după OMS gradul de severitate al malnutriției se determină în funcție de indicele ponderal (IP), propus de Gomez:

$$IP = \frac{\text{greutatea reală}}{\text{greutatea ideală}}$$

III. Clasificarea malnutriției după indicele ponderal (clasificarea Gomez):

1. gr I (IP=0,9-0,76);
2. gr II (IP=0,75-0,71);
3. gr III (IP=sub 0,7);

IV. În dependență de evoluția clinică deosebim:

- malnutriție protein – calorică – severă (marazm);
- malnutriție protein – severă (Kwashiorok);

Etiologie

✧ **Greșeli alimentare:**

a) Cantitative:

- hipogalactie maternă;
- alimentația mixtă și artificială;
- Administrarea laptelui de vaci în primul an de viață;
- copii anorexici;

b) Calitative:

- rație insuficientă de proteine;
- exces de făinoase;
- administrarea tardivă a hranei diversificate;

✧ **Boli infecțioase:**

- infecții intrauterine ale fătului;
- maladii infecțioase ale tractului gastrointestinal(dizenterii, salmoneloze etc);
- ascaridiaza, giardiaza intestinală etc.

✧ **Factori toxici:**

- hipervitaminoze;
- administrarea îndelungată a antibioticelor;

✧ **Malformații congenitale și anomalii ereditare:**

- malformații de cord;
- malformații duodenale (pilostenoz, pilorospasm);
- malformații renale, diafragmale;
- gură de lup, buză de iepure, prognatism;
- anomalii metabolice;
- defecte organice ale sistemului nervos central;
- stări imunodificitare;

✧ **Carențe de îngrijire;**

- îngrijire defectuoasă;
- neglijarea regimului alimentar;
- lipsa interacțiunilor afectuoase cu părinții;
- mediu poluant, insuficient oxigenat, cu încărcătură mare microbiană;

✧ **Protecție social necorespunzătoare;**

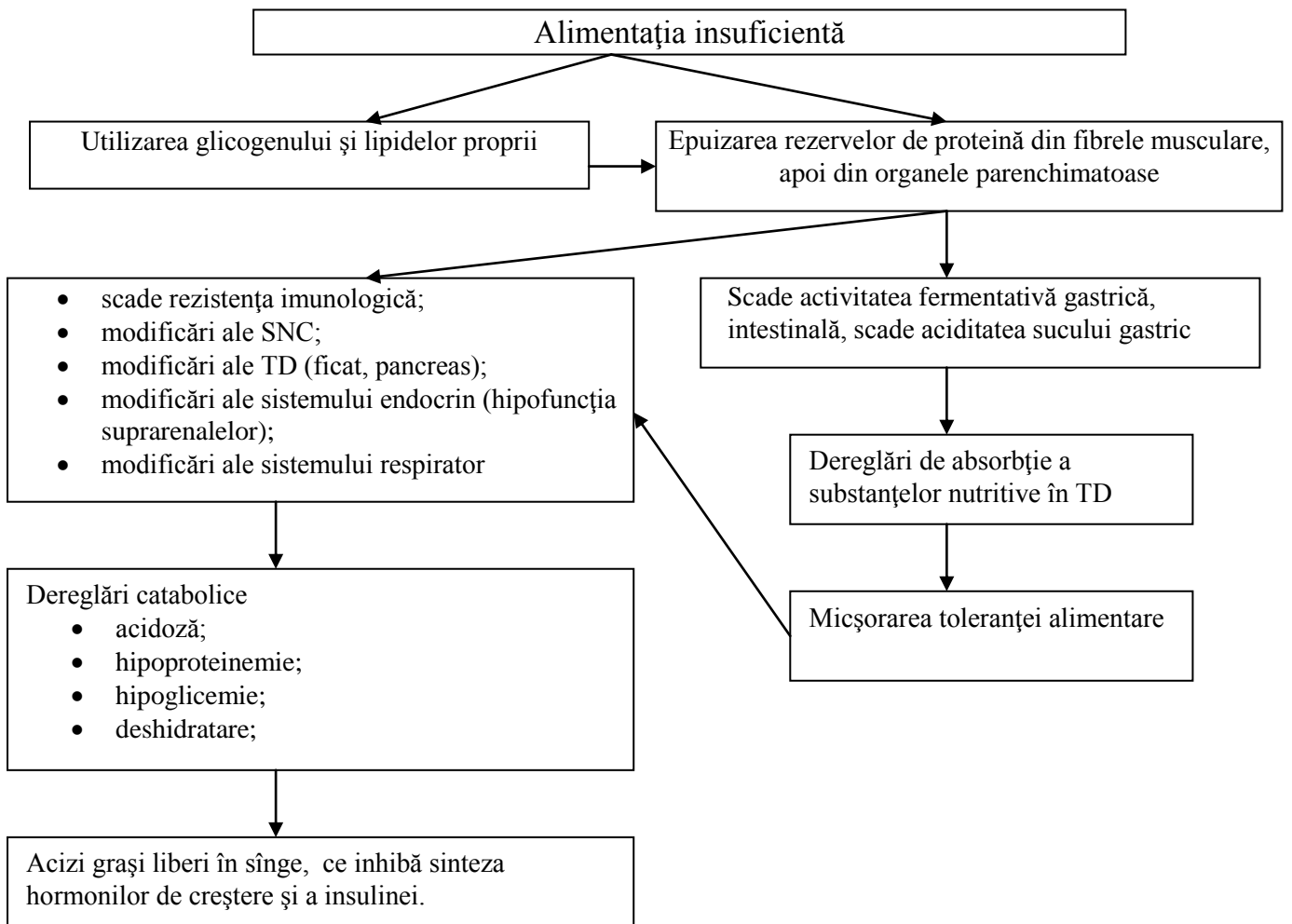
✧ **Prematuritatea;**

✧ **Maladii endocrine;**

✧ **Sindrom de malabsorbție;**

Patogenie

Tulburări cronice dobândite de nutriție



Tabloul clinic

Tabloul clinic variază în funcție de gravitatea malnutriției:

Gradul I – sărac în semne clinice (Planșa nr. 16).

- Mucoasele ușor palide;
- Activitatea motorie este normală sau ușor diminuată;
- Apetitul este bun, toleranța digestivă este normală sau ușor scăzută;
- Talia este normală;
- Turgorul țesuturilor este ușor redus;
- Țesutul adipos redus pe torace și abdomen;
- Din partea sistemului nervos: iritabilitate, neliniște, somn superficial;
- Dezvoltarea psihomotorie corespunde vârstei;
- Rezistența la infecții moderat scăzută;

Gradul II

- Tegumentele sunt palide și uscate (Planșa nr. 17);
- Unghiile subțiri;
- Părul subțire, depigmentat, lipsit de luciu și de suplete;

- Pliul pielii revine la normal lent;
- Apar escare și ulcerații sacrococcigiene;
- Musculatura este hipotonă, abdomenul balonat, atonie intestinală;
- Țesutul adipos este aproape dispărut pe torace, abdomen, spate și foarte redus pe membre;
- Termoreglarea este dereglată, copilul repede se răcește sau se supraîncălzește;
- Consumul de O₂ este redus, scade metabolismul bazal;
- Dezvoltarea motorie: dispar abilitățile de a ține capul, a sta, a merge etc;
- Imunitatea este redusă, crește riscul față de diferite infecții;
- Pronosticul acestei forme de malnutriție este rezervat.

Gradul III

- Distrofia este foarte pronunțată, copilul are aspectul unui schelet acoperit cu piele (Planșa nr. 18);
- Talia este inferioară vârstei cu 4-5 cm;
- Tegumentele sunt de culoare cenușie, uscate cu aspect cianotic, reci la palpare. Elasticitatea pielii este pierdută, pe coapse și fese pielea atârână în pliuri (*s-mul pantalonașilor*);
- Țesutul adipos lipsește peste tot chiar și pe față, care devine ridată, amintind fața unui bătrânel: frunte ridată, maxilare și pomeți proeminenți, bărbie ascuțită, obraji *smochiniți*, șanț nazo-genian adânc. Apetitul redus pînă la anorexie. Toleranța digestivă redusă, de aceea apar regurgitații, vome;
- Abdomenul excavat, destins, cu peretele subțire, cu conturul intestinal vizibil;
- Scaunul constipat sau diareic (frecvent, în cantități mici, cu mucus);
- Musculatura atrofiată ce generează bradicardie, respirație superficială, aritmică cu apnee. În plămîni apar sectoare de atelectazie. Tensiunea arterială micșorată.
- Dezvoltarea psihomotorie este dereglată mult. Toate deprinderile motorii regresează, dispar abilitățile motorii de a țede, a merge etc. Copiii sunt apatici pînă la letargie, însă periodic apare excitația psihomotorie. Vocea este răgușită, slabă pînă la afonie.

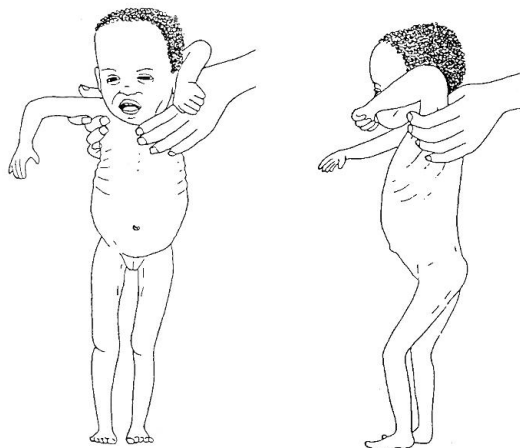


Fig. 30 Aprecierea semnelor de malnutriție

După clasificarea Wellcom (1970) malnutriția de gradul III este de 2 feluri:

Marasm – greutatea sub 60% din greutatea medie a vârstei, fără edeme;

Kwashiorkor – greutatea sub 60% inclusiv edeme;

Criteria de apreciere a stării de malnutriție

1. Curba ponderală;
2. Indicii antropometrici;
3. Starea țesutului adipos subcutan (Fig. 30);
4. Sindromul dismicrobismului intestinal;
5. Examenle paraclinice: semne de anemie, hipoglicemie, hipoproteinemie, scade colesterolul, amilaza, lipaza, fosfataza. Se înregistrează carență de vitamine și săruri minerale (hipoelectrolitemie), acidoza metabolică, micșorarea imunității celulare etc.

Malnutriția - forma ușoară și medie

Semnele clinice	Gradul I	Gradul II
Indicele ponderal	0,8-0,75	0,75-0,6
Deficit ponderal	mai puțin de 25%	25-40%
Talia	normală	normală
Țesutul adipos	reduc pe abdomen și torace	aproape dispărut pe abdomen și torace (se văd coastele 9, redus pe membre și față)
culoarea pielii	normală	mai palidă
Plică cutanată abdominală	mai mică de 1,5 cm	mai mică de 0,5 cm
Turgorul	normal sau puțin micșorat	micșorat
Curba ponderală	staționare sau mici oscilații, aspect de copil slab	deficit de 2 cm
Activitate motorie	normală sau ușor diminuată	parțial păstrată, hipotonie
Toleranță digestivă	normală sau ușor scăzută	scăzută
Rezistența la infecții	normală sau ușor scăzută	scăzută
Stare carențială	ușor reversibilă	manifestări ale "metabolismului de înfometare", micșorarea consumului de O ₂ , hipotermie, insuficiență circulatorie
Pronosticul	favorabil	stare reversibilă

Malnutriție severă

Deosebiriile dintre malnutriția proteic-calorică și malnutriția proteică

Semnele clinice	Malnutriția proteic-calorică (marasmul)	Malnutriția proteică (kwashiorkor, distrofia edematoasă)
Etiologic	ablactarea precoce (2-3 luni)	trecerea tardivă la masa adultului, aport proteic scăzut și vârsta mai > 1 an

Metabolism hidroelectrolitic și acidobazic	grave perturbări	desechilibrul balanței azotate, scăderea albuminelor serice, scăderea glucozei în sânge, scăderea colesterolului, scăderea amilazei, scăderea transaminazelor și a lipazei, scăderea fosfatazei alcaline, anemie .
Stare	exicoză, colaps	indispunere, apatie
I.P.	mai mic de 0,6	mai mic de 0,6-0,5
Deficit ponderal	mai mare de 40%	stagnare
Talia	inferioară vârstei	stagnare
Țesutul adipos (inclusiv bula "Bichat")	dispărut	scăzut
Pielea	cenușie, zbârcită, atârână pe fese și coapse cu eritem fesier, ulceratii, escare sacrococcigiene.	flască (turgorul flasc), pielea uscată, aspect pelagroid, pigmentare parțială în regiunile iritate.
Fața	triunghiulară, șanț nazogenian adânc, maxilare proeminente, bărbie ascuțită, buze subțiri, frunte încrețită, obrajii „smochiniți”, aspect de bătrîn sau „simian”.	suferindă, privirea ștearsă, părul rar, subțiat, aspru, depigmentat.
Abdomenul	destins, contur intestinal vizibil	hepatomegalie
Musculatura	atrofiată, hipotonă	hipotonie
Edeme	pot fi prezente	edeme generalizate (mâni, picioare, pleoape)
Toleranța digestivă	compromisă, constipație sau diaree de foame, diaree infecțioasă	diaree, infectări parazitare
Temperatura și pulsul	Normal, lent	joasă
Curba ponderală	declin continuu	stagnare
Evoluție	Prognostic rezervat cu risc de deces	Risc crescut de deces (10- 40%)

Tratamentul curativ și recuperator

Principii generale:

1. Individualizat în funcție de vîrstă, forma etiopatogenică, gravitate, complicații;
2. Organizarea regimului corect de îngrijire, educație, masaj, gimnastică;

3. Dietoterapia;
4. Tratamentul infecțiilor, maladiilor asociate și a complicațiilor.

Organizarea regimului

Regimul de îngrijire este creat în funcție de gradul de malnutriție. Pentru copiii cu malnutriție de gr I, care sunt tratați la domiciliu se recomandă de a menține regimul termic în încăperi de 24 – 26°C. De câteva ori pe zi se aerisește încăperea. Lengeria copilului va fi curată, comodă, din materie naturală higroscopică, ce va permite prevenirea hipo- sau hipertermiei copilului. Se recomandă plimbările, pe timp rece la temperaturi ale mediului pînă la – 5°C. În timpul plimbărilor de iarnă copilul este ținut în brațe sau se recomandă la picioarele copilului de a aplica termofoare calde. Copii sunt supravegheați de medic la fiecare 5 zile. Copiii cu malnutriție de gr II – III se spitalizează în boxe separate luminoase, bine aerate. Sunt culcați în pătucuri speciale cu sursă specială de încălzire.

Dietoterapia

Conform recomandărilor OMS în *malnutriția de gr I* se fac doar corecții în alimentația sugarului. Se mărește cantitatea de lichide administrate.

În alimentația naturală – se apreciază alăptarea la sîn conform OMS. Se face proba suptului pentru a determina deficitul de hrană, se apreciază corectitudinea poziționării și aplicării la sîn, se determină complementul administrat și calitatea lui, etc. Apoi mamei i se oferă sfaturile corespunzătoare. Sunt binevenite amestecurile adaptate dulci (Detolact, NAN-1, NAN-2, Nestogen, Nutrinol-1, Nutrinol-2) și amestecurile acidulate ca NAN acidulat, Malîș acidulat, biolactul, chifirul, care sunt efective în dismicrobismul intestinal și se oferă la 3 mese /zi.

Dictoterapia în malnutriție de gr II – III se petrece în 3 etape:

I etapă – alimentație minimală. Se instituie un regim alimentar pentru determinarea toleranței digestive și se obține o stabilitate a curbei ponderale.

II etapă - intermediară sau de corecție. Se caracterizează prin creșterea cantitativă și calitativă a alimentelor.

III etapă – alimentare optimală. Începe cînd curba ponderală este în creștere constantă. Sunt satisfăcute toate nevoile nutritive ale copilului.

Caracteristica etapelor dietei

Prima etapă durează în malnutriția de

gr II – 3 – 5 zile

gr III – 5 – 7 zile.

Rația alimentară constituie 1/5 din masa reală a copilului. Cu cît va fi mai înalt gradul hipotrofiei cu atît va fi mai mică rația de hrană.

Cantitatea de hrană administrată în malnutriția de gr II *constituie 2/3 sau 1/2 din rația zilnică de hrană.*

Cantitatea de hrană administrată în malnutriția de gr III *constituie 1/3 din rația zilnică de hrană.*

Frecvența alimentărilor în malnutriția de gr II crește cu 1 – 2 față de normă, iar în malnutriția de gr III cu 3 – 4 (10 – 12 alimentări pe zi). Hrana ideală pentru acești copii se consideră laptele matern. În lipsa lui se recomandă amestecuri adaptate (Humana, Alfare, NAN-1, NAN-2 Nutrilon, Malîș etc.) formule semiecrimate acidulate (NAN acidulat, Malîș acidulat, Chefir, Biolact, Narină) etc. Zilnic rația alimentară se completează cu lichide tip Rehidron, mucilagiu de orez, glucoză de 5%. Dacă produsul este tolerat, zilnic se va mări

volumul de hrană la o alimentație cu 10 – 20 ml, respectiv se scade lichidul administrat. La sfârșitul perioadei copilul va primi volumul de hrană corespunzător vârstei.

Necesarul de ingrediente în I etapă este:

P – 0,7 – 1,5 – 2,0 g/kg;

L – 2 – 3 – 4 g/kg;

GI – 6 – 8 – 10 g/kg;

Calorii – 60 – 80 – 100 kal/kg.

Etapa a II. Se face corecția proteinelor, lipidelor și glucidelor. Mai întâi se reglează metabolismul proteic cu produse bogate în P (brânză de vaci, chefir etc.), la copiii sub 6 luni se face cu enpît proteic.

În continuare se face corecția metabolismului lipidic cu alimente bogate în grăsimi: unt, ulei vegetal, etc. Corecția glucidelor se face la sfârșit cu sucuri, mere proaspete, legume.

Durata perioadei – 2 săptămâni.

Etapa III. Copilul este alimentat conform vârstei, primind toți ingredientii necesari:

P – 4,0 – 4,5 g/kg;

L – 6,0 – 6,5 g/kg;

GI – 15 - 16 g/kg;

Calorii – 130 - 140 kal/kg.

Terapia medicamentoasă

- Pentru a restitui partea lichidă și balanța electrolică din organism în deosebi în gr. II – III se indică *soluție de aminoacizi, albumină, glucoză de 5 - 10% , Ringher etc.*;
- Fermentoterapia – sporește digerarea și asimilarea preparatelor nutritive: *Creon, festal, panzinorm, pancreatin, abomin, menzim etc.*;
- Probiotice: *lactobacterin, acipol, bactisubtil, acidolact, subtil, linex etc.*;
- Vitaminoterapia: *B₁, B₆, C, A, PP, B₁₂ etc.*;
- Procedee fizioterapeutice (se recomandă în faza alimentației intensive);
- Terapia simptomatică.

Profilaxia și tratamentul recuperator

Profilaxia - modalitatea cea mai sigură și mai eficientă de reducere a incidenței distrofiei, preconizează intensificarea următoarelor măsuri:

- Supravegherea medicală activă a copilului, în special în primele 3 luni de viață, când are loc cel mai rapid ritm de creștere, pentru depistarea precoce și înlăturarea subalimentației;
- Menținerea alimentației naturale, care asigură aportul alimentar optim, calitativ și cantitativ în primele 6 luni de viață, dublat de calitățile imunologice care feresc sugarul de agresiunile infecțioase în perioada cea mai vulnerabilă a vieții sale;
- Alimentația corectă mixtă și artificială (în funcție de disponibilități, de toleranța individuală a sugarului, de vârsta acestuia și de experiența personalului medical, se vor folosi formule de lapte adaptate–umanizate sau parțial adaptate);
- Diversificarea corectă a alimentației de la vârsta de 6 luni cu alimente solide care, împreună cu laptele, pot acoperi necesitățile nutritive;
- Extinderea educației nutriționale a părinților încă din perioada prenatală, cu accent pe pregătirea mamelor și instruirea lor în programele de stimulare a alăptării la sân;
- Respectarea calendarului imunizărilor profilactice și asanarea continuă a mediului agresat de factorul infecțios;
- Depistarea precoce și tratamentul corect al infecțiilor enterale și parenterale;

- Evitarea abuzului de antibiotice (în special ampicilina, neomicina, tetraciclina, cloramfenicolul);
- Pregătirea profesională, teoretică și practică a cadrelor medicale cu noțiuni de puericultura și reciclarea periodică în scopul promovării unei bune stări de nutriție.

Probleme posibile la părinți

- Informații insuficiente privitor dereglărilor de nutriție;
- Dificultăți la crearea regimului corect de îngrijire și alimentar;
- Prezența simțului de vină și neputință;
- Anxietatea pentru viitorul copilului;
- Reacție emoțională neadecvată față de exteriorul copilului;
- Defecte în comunicarea cu copilul;

Consilierea părinților

- Completarea cunoștințelor părinților privitor maladiei la copil;
- Crearea mediului optimal de îngrijire (temperatura în odaie-24-25⁰ C, aerisirea, deridicarea umedă, crearea *lanțului cald*, etc);
- Utilizarea vestimentației din fibre naturale, calde;
- Instruirea părinților cu referire la îngrijirea copilului, efectuarea băițelor igienice, toaletei intime, profilaxia intertrigourilor, piodermiilor etc.;
- Instruirea părinților privitor alimentației corecte, echilibrate, introducerii complementului la termen și în volumul necesar;
- Promovarea interacțiunilor afectuoase, determinante pentru dezvoltarea copilului (ținut mai frecvent în brațe, utilizarea diferitor jocuri etc);
- Instruirea părinților referitor călirii copilului, utilizarea masajului, gimnasticii;
- Sanarea focarelor de infecție;
- Necesitatea vaccinării copilului și principiile de imunizare;
- Cultivarea la părinți a conceptului de cultură a sănătății proprii și a copilului.

RAHITISMUL

Rahitismul este o tulburare de mineralizare a sistemului osos cu apariția modificărilor tipice din partea scheletului și tulburărilor neurovegetative, musculare, metabolice și endocrine ca urmare a deficitului de vitamina D.

Rahitismul rămâne una dintre cele mai frecvente boli nutriționale la copii. Conform investigațiilor în Republica Moldova s-a demonstrat o incidență a patologiei de 56,5% copii.

Rahitismul este o maladie a întregului organism, cu afectarea preponderentă sistemului osos în perioada creșterii intensive.

Denumirea bolii *rahitism* provine de la cuvântul grecesc *rahis*, ceea ce înseamnă coloană vertebrală, deformarea căreia se determină în această boală.

Rolul Calciului în organismul copilului

Calciul este componentul principal al oaselor, participă la coagularea sangvină, sinteza proteinelor, metabolismul celular, imunogenează. Calciul ia parte în procesul normal al activității cordului, transmiterea impulsurilor în sinapse, activează multe sisteme enzimatice și hormonale.

Depozitul principal al Ca în organism este țesutul osos. Țesutul osos al omului matur conține circa 1 kg Ca (90% din calciul total al organismului), pe când în organismul nou-născutului se conține 30g de calciu.

Cantitatea de calciu în produsele alimentare

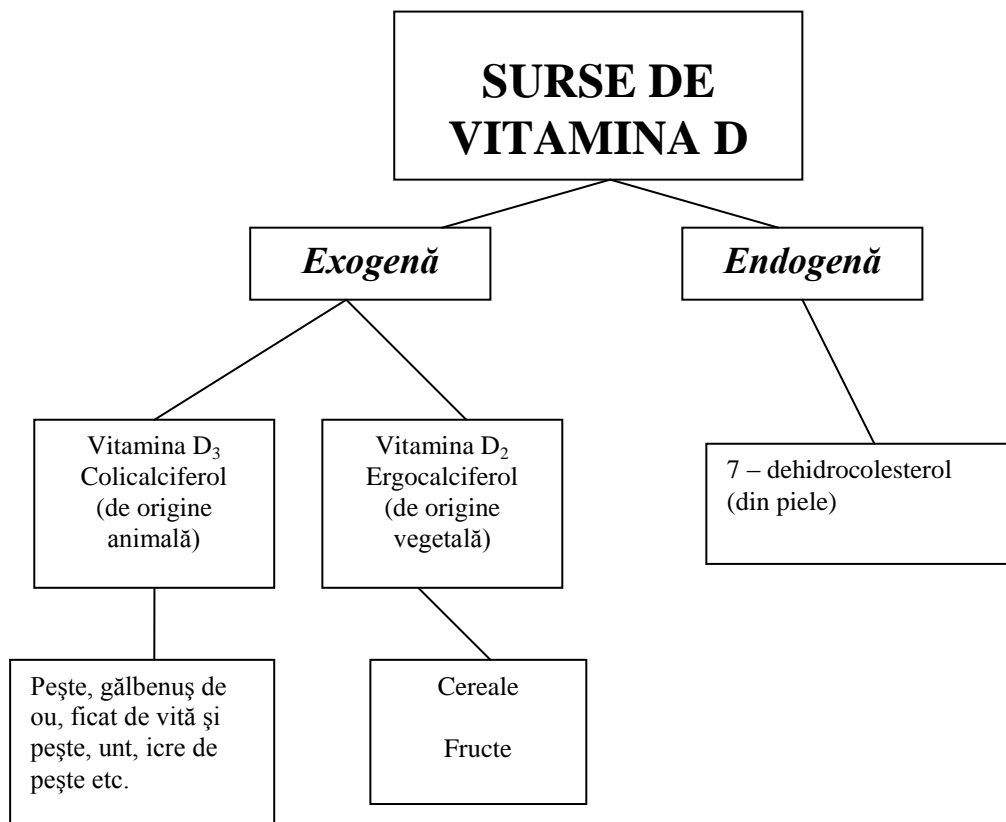
<i>Alimente, 100g</i>	<i>Cantitatea de Ca (mg)</i>	<i>Alimente, 100g</i>	<i>Cantitatea de Ca (mg)</i>
Lapte, grăsimi 3%	100	Varză	60
Lapte, grăsimi 1%	120	Țelină	240
Smântână	100	Salată foi	83
Iaurt	120	Ceapă verde	60
Brânză de vaci	95	Fasole tinere	40
Cașcaval	600	Măsline verzi	77
Cașcaval topit	300	Portocale	35
Ouă	55	Fructe uscate	45
Pâine albă	30	Smochine	57
Pâine neagră	60	Zarzăre uscate	170
Pește fiert	30	Stafide	56
Carne de vită	30	Amigdale	254
		Alune	70

Reglarea conținutului calciului sangvin

Metabolismul calciului sangvin este reglat de *vitamina D*, *hormonul paratiroidian* și cel al glandei tiroidiene- *calcitonina*.

Vitamina D se formează în organism din 2 surse:

1. **Endogenă.** Precursorul cutanat al vitaminei D-7-*dehidrocolesterol* sub influența razelor ultraviolete se transformă în calciferol (vitamina D3), care este transferat ficatului pentru metabolizare. Aceasta reprezintă sursa principală de vitamina D3 în organism.
2. **Exogenă, alimentară,** sub formă de vitamina D3-*colecalfiferol* (de origine animală) și vitamina D2-*ergocalciferol* (de origine vegetală). Aportul exogen este insuficient, sursele naturale de vitamina D sînt în special produsele alimentare de origine animală: gălbenușul de ou, ficatul de vițel și ficat de pește (cod, morun, ton), icrele de pește, untul. Plantele și uleiurile vegetale conțin vitamina D într-o cantitate foarte mică. Laptele matern conține mai puțin de 40 UI/100ml vitamina D (liposolubilă), care nu acoperă necesitățile copilului. Laptele de vaci conține 10-20 UI/100 ml vitamina D.



Metabolismul vitaminei D

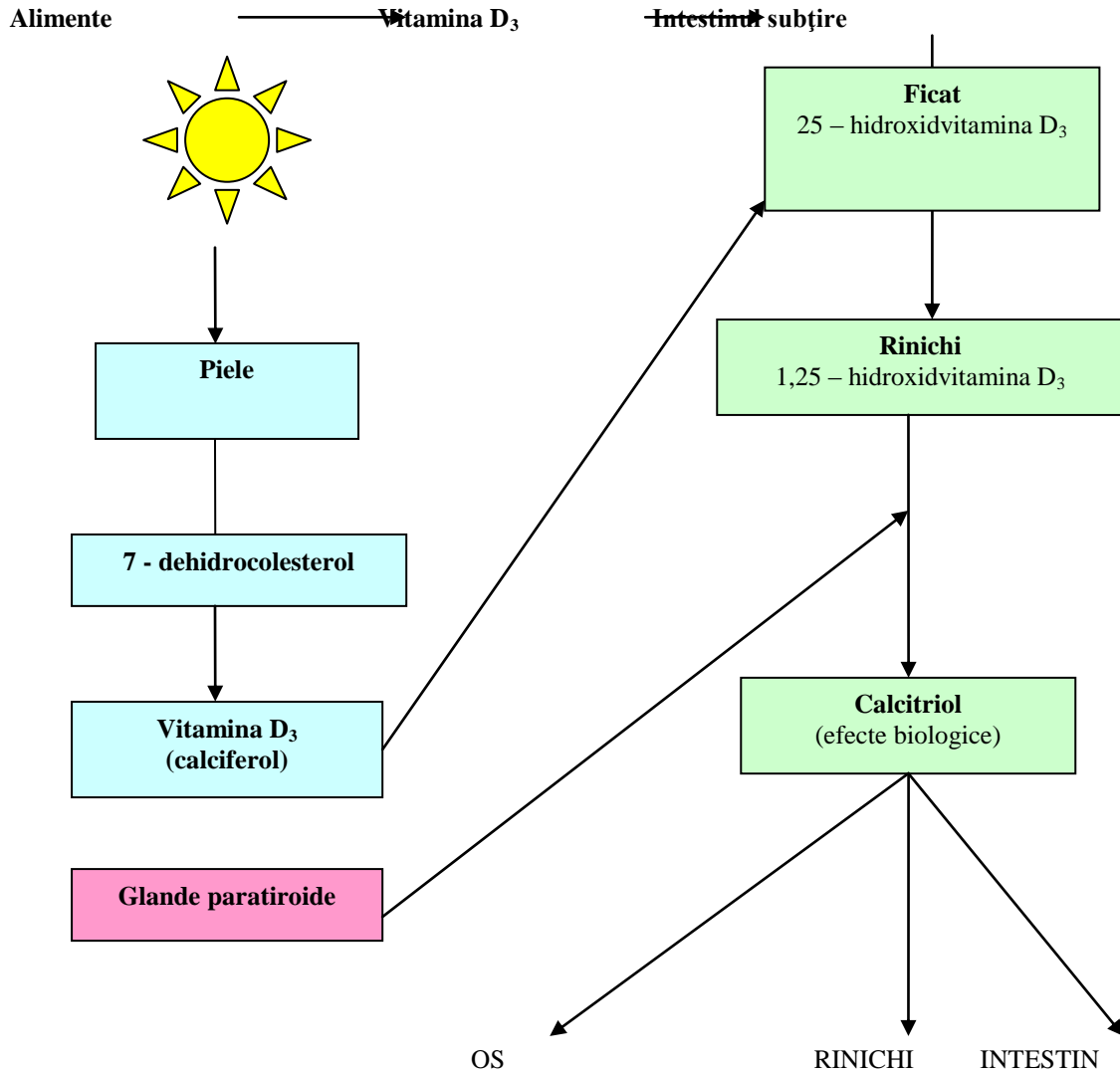
Vitamina D se absoarbe la nivelul intestinului subțire în prezența sărurilor biliare, în deosebi a acidului tauroholic și a lipazei. În sânge vitamina D este fixată de o globulină, care o transportă în ficat, ulterior în rinichi unde se formează forma activă a vitaminei (calcitriol).

Rolul vitaminei D se realizează prin acțiunea sa asupra organelor țintă:

- intestinul
- osul
- rinichii
- mușchii
- glanda paratiroidă
- metabolismul celular
- imunitatea celulară
- glanda tiroidă.

Aceste date explică apariția mai frecventă a maladiilor la copiii cu suferințe intestinale, hepatice, nefrologice.

Metabolismul vitaminei D



Grupări clinice ale diferitor forme rahitismale

Rahitismele prezintă o grupare de afecțiuni diferite în ceea ce privește etiologia și patogenia, avînd semne clinice comune:

- Tulburarea mineralizării osoase cu acumularea țesutului osteoid;
- Scăderea rezistenței mecanice a osului, ce generează deformații și fracturi;
- Modificări clinice și radiologice localizate la nivelul metafizelor oaselor lungi;
- Tulburări pronunțate ale echilibrului Ca, P, a aminoacizilor, hormonului paratireoidian;
- Sînt maladii ale oaselor unui organism în creștere.

Deosebim doua grupări mari ale bolilor rahitismale:

- Formele vitamin – D – sensibile;
- Formele vitamin – D – rezistente.

Din formele vitamin – D – sensibile face parte rahitismul carențial, care se observă mai frecvent la copii.

În formele vitamin – D -rezistente sunt incluse 2 grupe mari: A și B.

Grupa A include formele rahitismale, caracterizate prin perturbări ereditare ale metabolismului vitaminei D.

Grupa B - osteopatii rahitismale în cadrul bolilor metabolice ereditare sau dobândite, în care dereglările metabolismului vitaminei D sunt secundare.

Etiologie

Factori determinanți

Principalul factor etiologic în declanșarea rahitismului este deficitul de aport alimentar de vitamina D (carența exogenă) și lipsa expunerii la razele soarelui (carența endogenă).

Factorii favorizanți

Factorii favorizanți ai rahitismului corențial sunt:

- Carența maternă de vitamina D (gestozele, hipoalimentația, sarcina care derulează iarna, etc.);
- Prematuritatea/dismaturitatea;
- Gemelariitatea;
- Păstrarea incorectă a formulelor lactate (acțiunea directă a razelor solare inactivează vitamina D, transformând-o într-o formă toxică);
- Hrana bogată în fosfor (boboasele, făinoasele) inhibă absorbția Ca în intestinul subțire, din cauza blocării acestuia de către acidul fitinic și sinteza vitaminei D în rinichi;
- Deficitul Mg din produsele alimentare inhibă absorbția Ca;
- Maladii ale sistemului gastrointestinal (diaree alimentară acută și cronică, disbacterioze, hepatite);
- Tratament cu medicamente ce inactivează acțiunea vitaminei D: anticonvulsivante (de ex. fenobarbital), corticosteroizi, tratament cu antibiotice, antacide, vitaminele grupei B, A, heparina etc.);
- Nerespectarea regimului de îngrijire și de călire;
- Factori habituali (locuințele umede și întunecoase);
- Creșterea intensivă a organismului copilului (sunt critici primii 3 ani de viață);

Mecanismul de apariție

Consecutivitatea principalelor schimbări patogenice în rahitismul carențial conform datelor moderne are loc în 3 stadii:

În stadiul I: Nivelul Ca seric este scăzut, fosfații serici sînt normali. Semnele radiologice lipsesc sau sunt foarte slab pronunțate.

În stadiul II: Datorită hiperfuncției glandelor paratiroide se normalizează nivelul calciului sangvin, fosfații serici sînt scăzuți. Osteoliza la nivelul scheletului determină hiperaminoaciduria și semnele radiologice osoase pronunțate.

În stadiul III: Tabloul biochimic este reprezentat de hipocalcemie, hipofosfatemie, hiperaminoacidurie. Schimbările radiologice sunt foarte pronunțate.

Ca efect al carenței vitaminei D osul rahitic suferă următoarele modificări:

- Insuficiența mineralizării matricei osului;
- Formarea excesivă de țesut osteoid, care nu se mai mineralizează;
- Țesutul osteoid excesiv și matricea osoasă insuficient mineralizată nu conferă suficientă duritate și astfel oasele se îndoaie sub greutatea corpului. Osul își pierde rigiditatea, extremitățile distale se lătesc și pot apărea fracturi în formele severe de boală.

Clasificarea rahitismului (după Mogoreanu P. 1990)

Gradul de gravitate	Proveniența insuficienței vitaminei D	Perioada	Evoluție	Complicații
I, II și III	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentară - Infecțioasă - Alimentar-infecțioasă - Habituală - Lipsa profilaxiei medicamentoase - Profilaxie medicamentoasă cu doze mici - Indusă prin fenobarbital 	<ul style="list-style-type: none"> Debut Stare Convalescență 	<ul style="list-style-type: none"> Acută Subacută Recidivantă 	<ul style="list-style-type: none"> - Convulsii, mobilizare convulsivă - Spasmofilie - Dereglări respiratorii - Dereglări cardiace - Deformații osoase

Manifestările clinice

Primele semne ale rahitismului carențial pot apărea la orice vîrsta a sugarului, preponderent la 3-4 săptămîni de viață.

Rahitismul evoluează în 3 perioade:

I. Perioada de debut (durata 2-3 luni).

Pe primul plan apar manifestări neurovegetative: agitație, iritabilitate sporită, somn superficial, tresăriri la lumină puternică sau sunete, transpirații abundente îndeosebi în timpul alăptării și somnului. Pielea devine umedă cu miliarie permanentă, intertrigo-uri, în regiunea occipitală a craniului *alopeție* – rezultat al transpirației și pruritului (Planșa nr.19). Din partea sistemului digestiv se micșorează pofta de mîncare, apare scaunul constipat, legat de hipotonia musculară. Urina capătă un miros înțepător de amoniac. La sfîrșitul perioadei de debut se ramolizează suturile dintre oasele craniului, în deosebi marginile fontanelei mari.

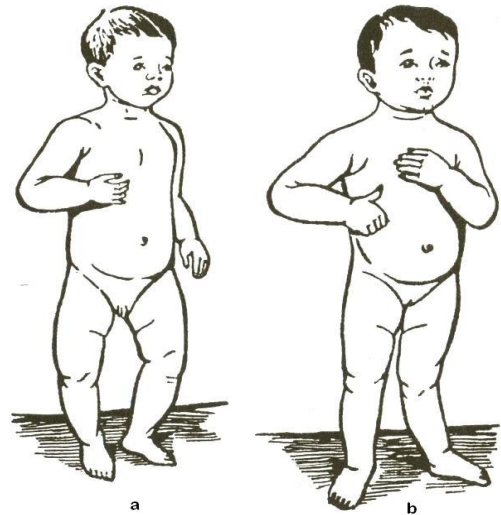


Fig. 31 Deformația membrelor inferioare

II. Perioada de stare.

În această perioadă apar manifestări din partea mai multor organe și sisteme, însă pe primul plan se află deformațiile scheletice, predominant a oaselor ce cresc intensiv. După deformația sistemului osos putem aprecia timpul îmbolnăvirii. Deformația oaselor craniului apare în primele 3 luni ale bolii, a cutiei toracice - în luna 5-6, a membrelor - în a doua jumătate a anului.

A. Semne osoase:

• **Craniu:**

- Craniotabes, caracterizat printr-un ramolisment al zonelor occipitale și parietale (osul se înfundă și revine cu ușurință ca o minge de celuloid). Palparea oaselor occipitale devine dureroasă. Craniotabesul are valoare doar peste vîrsta de 4-5 luni, deoarece pînă la 3 luni se consideră fiziologic;
- Ramolizarea suturilor dintre oase, baze frontale (frunte olimpică), baze parietale (împreună cu cele frontale realizează *caput quadratum*), aplatisări occipitale/asimetrii craniene (plagiocefalie), deprimarea rădăcinii nasului, erupția

întârziată a dinților etc (Planșa nr.20);

- Fontanela anterioară larg deschisă după vârsta de 8 luni;
- Persistența fontanelei anterioare după vârsta de 15 luni, macrocranie (semn Dereglarea erupției dentare, hipoplazie dentară și a smalțului dentar, carii precoce (aceste semne permit diagnosticul retrospectiv al rahitismului);

- **Torace:**

- Tumefacția joncțiunilor condrocostale (locul trecerii țesutului osos în cartilagos), realizând așa numitele „mătâni costale”, vizibile și palpabile;
- Deformația cutiei toracice: aplatizare antero-posterioară așa numitul „piept de cizmar” și aplatizarea laterală – „piept aviar”, lărgirea aperturii inferioare a coastelor și îngustarea celei superioare (șanțul Harrison), lărgirea bazei toracelui cu proeminența falselor coaste „torace în formă de clopot”;

- **Membre:**

- Tumefieri epifizare la nivelul oaselor lungi, foarte aproape de articulațiile pumnului și gleznelor: ele apar prin proliferarea excesivă a cartilajelor de creștere, realizând *brățările metafizare*;
- Tumefieri la nivelul falangelor, realizând așa numitele *șiraguri de pierle*;
- Deformări caracteristice, dar tardive ca consecințe a unui rahitism sever în care ramolimentul osos favorizează încurbarea membrelor inferioare (Planșa nr. 23, 24) după instalarea mersului: membre în forma unor *paranteze (genu valgum)* sau în așa numita poză a *cavaleristului (genu varum)*, antrenând tulburări de mers (mersul legănat);

- **Coloana vertebrală și bazin:**

- Cifoză dorsolombară (Planșa nr. 21);
- Scolioză, cifoză, lordoză;
- Bazin rahitic plat (coxa valga);

B. Semne musculoligamentare:

Hipotonia musculară este responsabilă de:

- Întârzierea instalării achizițiilor motorii;
- Postura *cifotică* (Planșa nr.22) în poziția șezindă a copilului (picoare încrucișate și sprijinirea corpului cu mâinile);
- Distensia abdominală cu hernie ombilicală „*abdomen batracian*”;
- Dezvoltarea piciorului plat;

C. Retard staturoponderal. Apare în formele severe și netratate.

D. Semne legate de carențe nutriționale asociate (sindrom pluricarențial):

- anemie feriprivă;
- hepatosplenomegalie;

E. Semne de hipocalcemie (tetania hipocalcemică):

- *Latentă (spasmodic):* semnul Chwostec (contractura orbicularului buzelor la percutarea obrazului), semnul Trousseau etc;
- *Manifestă:* laringospasmul, spasmul carpedal, convulsiile. Laringospasmul poate fi cauza morții subite la copil;

III.Perioada de convalescență.

Se atenuază semnele rahitismului, dispar semnele din partea sistemului nervos, se întăresc oasele, apar dinții, se dezvoltă funcțiile statice și motorii, se micșorează ficatul și splina, dispar treptat dereglările funcționale ale organelor interne.

Manifestările clinice în dependență de gravitate

- **Gradul I** (forma ușoară) se caracterizează printr-un număr neînsemnat de simptome

din partea sistemului nervos, vegetativ și osos (transpirație, agitație, ramolizarea suturilor craniene etc).

- **Gradul II** (forma moderată) se caracterizează prin modificări moderate ale sistemului osos, muscular, nervos și hematopoietic. Se poate asocia hepatosplenomegalia.

- **Gradul III** (forma severă) se caracterizează prin modificări pronunțate ale sistemului nervos central, care se manifestă prin somn neliniștit, retard în dezvoltarea vorbirii și achizițiilor motorii. Tulburările funcționale ale sistemului osos, muscular, hematopoietic sunt foarte accentuate. De asemenea se dereglează funcția organelor respiratorii, ficatului, tractului gastrointestinal.

Evoluția rahitismului

În primele luni de viață de obicei rahitismul are o evoluție acută, după vârsta de 6 luni evoluția mai frecvent este subacută sau recidivantă.

Evoluția acută are loc în special la copii prematuri și la copii supraponderali. Fenomenele neurologice sunt foarte pronunțate, foarte timpuriu apare craniotabesul, ramolizarea suturilor oaselor craniului, a marginilor fantanelei mari, cutia toracică devine flexibilă etc.

Evoluția subacută se caracterizează prin evoluția lentă a procesului, ramolizarea oaselor este mai puțin pronunțată, craniotabesul lipsește. Se constată în special semne de hiperplazie osteoidă (bose frontale și parietale, mățanii costale, brățări epifizare). Evoluția subacută se observă mai frecvent la copiii cu malnutriție, precum și la copii mai mari de 9-12 luni.

Evoluția recidivantă se caracterizează prin succesiunea perioadelor de atenuare și intensificare a procesului rahitismal, dependentă de condițiile de trai, anotimp, alimentație nerațională, îmbolnăviri frecvente etc.

Profilaxia

Insuficiența laptelui matern și a celui de vaci în vitamina D, conținutul mic de vitamina D în preparatele industriale de lapte, creșterea intensă a scheletului copilului impun necesitatea suplimentării rației alimentare cu vitamina D în mod continuu în primele 24 luni.

În condițiile contemporane profilaxia rahitismului se face în două moduri:

- Prenatal;
- Postnatal.

Profilaxia prenatală

Profilaxia este nespecifică și specifică.

Profilaxia nespecifică cuprinde:

1. Respectarea unui regim bine chibzuit cu includerea plimbărilor la aer liber de cel puțin 2-4 ore/zi.
2. Alimentația echilibrată cu conținutul de ingrediente conform cerințelor fiziologice.
3. Respectarea igienei personale și a stării psihoemoționale bune.

Grupa gravidelor cu risc sporit în apariția precoce a rahitismului la copii:

- Afecțiuni ale sistemului cardiovascular;
- Afecțiuni ale sistemului gastrointestinal;
- Maladii ale sistemului endocrin;
- Maladii ale sistemului excretor;
- Gestozele;
- Afecțiuni ale sistemului nervos, care necesită terapie anticonvulsivantă;
- Gravide cu focare cronice de infecție;
- Vârsta gravidei sub 16 ani și peste 40 de ani;

- Sarcina multiplă;
- Condiții nocive ale mediului ambiant;
- Deprinderi dăunătoare ale gravidei (fumatul, narcomania, alcoolismul, etc.);

Studiile clinico-epidemiologice ale conținutului vitaminei D în sânge la gravide în condițiile Republicii Moldova au demonstrat influența mai multor factori: anotimpul, alimentația, patologia extragenitală.

Doza optimală a vitaminei D cu scop profilactic este de 500 UI/zi în perioada rece a anului începând cu termenul sarcinii de 28-30 săptămâni. Gravidelor din grupa riscului vitamina D se indică 1000-1500 UI zilnic, indiferent de anotimp. Administrarea vitaminei pînă la termenul sarcinii de 28 săptămâni dereglează funcția placentei.

Contraindicații pentru administrarea prenatală a vitaminei D nu există. În caz de intoleranță la vitamina D, profilaxia specifică prenatală se efectuează prin iradiere cu raze ultraviolete (IRU). Se recomandă 1-2 cure câte 15-20 ședințe. Nu se permite administrarea concomitentă a IRU și vitaminei D.

Profilaxia postnatală

Profilaxia nespecifică postnatală constă în crearea condițiilor, ce asigură dezvoltarea normală a copilului:

- Regim alimentar corect;
- Hrana complementară la termen;
- Călirea;
- Regim igienic;
- Profilaxia bolilor limitrofe;
- Profilaxia bolilor infecțioase;

Profilaxia specifică postnatală. Administrarea vitaminei D e necesar de inițiat din prima săptămână de viață pînă la vîrsta de 2 ani. Conform recomandărilor OMS doza zilnică optimală este 700 UI. Vitamina D se administrează independent de anotimp. Doza de profilaxie totală este 540000 UI. Contraindicații nu există.

Metodele preventive se vor aplica în mod special în următoarele patologii :

- Prematuritatea;
- Malnutriția congenitală;
- Asfixia nou-născutului;
- Traumatisme cerebrale obstetricale;
- Stări hemolitice;
- Hepatite congenitale;
- Anomalii ale organelor gastrointestinale;
- Septicemie;
- Convulsii;
- Boli respiratorii;
- Boli diareice;
- Alimentație artificială și mixta;
- Tratamentul cu antibiotice, glucocorticoizi, fenobarbital, etc.

Administrarea de calciu în profilaxia rahitismului nu este necesară dacă alimentația copilului conține minimum 500ml lapte/zi.

Tratamentul

Tratamentul rahitismului este complex, individual în dependență de gravitate, evoluție, perioadă. Toți copiii trebuie să se alimenteze rațional conform vîrstei. În alimentația

naturală se fac corecții în regimul alimentar al mamei. În alimentația artificială copiii se hrănesc preponderent cu amestecuri lactate bogate în vitamina D. Hrana diversificată se va administra la termen și va fi variată, la copiii alimentați artificial va fi inițiată cu piureu de legume, gălbenuș de ou, ficat, brânză de vaci. Se evită abuzul de făinoase.

Are importanță administrarea vitaminelor B, C și a sărurilor minerale, respectarea regimului zilei, aflarea maximală la aer curat, masajul, gimnastica.

Tratamentul specific al rahitismului constă în administrarea vitaminei D în doză zilnică de 2000-5000 UI în decurs de 30-45 zile cu revenirea ulterioară la dozele profilactice. În formele severe se poate administra câte 20000UI/zi pe parcursul a 40-45 zile. Așa simptome ca transpirația, irascibilitatea, alopeția cefei nu prezintă indicații pentru administrarea vitaminei D în doze curative. Activitatea vitaminei D este stimulată de vitaminele grupei B și C, ceea ce necesită administrarea lor cu scop curativ.

Preparate farmaceutice folosite în profilaxia și tratamentul rahitismului sunt divizate în 3 grupe mari:

- **Grupa I - calciferolii** - soluții alcoolice, apoase, uleioase, pastile, drajeuri, forme injectabile.
- **Grupa II - calcidiolii** (10 ori mai activi ca gr. I) – soluții alcoolice, uleioase, pastile, forme injectabile.
- **Grupa III - calcitriolii** (100 ori mai activi ca I gr.)- soluții alcoolice, uleioase, capsule, pastile, forme injectabile.

Calciferolii sunt cele mai raspindite și frecvent folosite în profilaxia rahitismului. Pentru profilaxia postnatală cea mai convenabilă este soluția apoasă, cu un conținut de 400UI a vitaminei D într-o picătură, care se reabsoarbe în intestin de 5 ori mai bine decât soluțiile alcoolice și uleioase.

Contraindicațiile administrării vitaminei D: hipercalcemia, microcefalia, craniostenoză, etc.

În scopul micșorării semnelor vegetative și normalizării funcției glandelor paratiroide se indică remedii care conțin Mg: asparcam, panangin, sulfat de magneziu 1%.

Tratamentul specific se efectuează concomitent cu administrarea preparatelor calciului (calciu carbonat, calciu glicerofosfat, calciu lactat, calciu gluconat), iar după a 10-12 zi de la inițierea tratamentului în terapia complexă este inclus masajul și gimnastica.

Copiilor cu malnutriție se administrează orotat de caliu sau carnitină care intensifică procesele metabolice.

Copiilor mai mari de 6 luni după finisarea curei de tratament cu vitamina D se indică băi curative cu sare de mare (2 linguri de masă la 10 litri de apă), peste o zi, în total 8-10 băi. Durata băii 15 minute.

În timpul vizitelor la domiciliu asistenții medicali vor informa părinții privitor la calcularea corectă a dozei vitaminei D și posibilele complicații la supradozarea preparatului, avantajele alăptării la sân, administrarea produselor alimentare bogate în vitamina D, organizarea plimbărilor la aer liber, rolul gimnasticii, călirii, băilor curative etc. Părinții vor fi instruiți în vederea semnelor de pericol care pot apărea la copil și necesitatea adresării de urgență la medic.

Lipsa efectului tratamentului administrat necesită o revedere integrală a patologiei rahitismale la copii, excluderea formelor vitamin-D rezistente.

ANOMALIILE DE CONSTITUȚIE (DIATEZELE)

Anomaliile de constituție - prezintă particularitățile metabolismului copilului induse genetic, care determină manifestări specifice din partea organismului cu predispoziția la diferite maladii concrete.

Anomaliile de constituție ocupă un loc primordial printre maladiile întâlnite la copii. Actualmente ele sunt considerate boli ale civilizației, deoarece în ultimele decenii se observă o creștere a incidenței lor. După datele OMS 15-20% din toată populația infantilă a planetei au unele manifestări alergice. Aceasta este generată de utilizarea pe larg a antibioticelor, vaccinurilor, dezechilibrul sistemelor ecologice, folosirea pe larg a preparatelor chimice în viața cotidiană și în agricultură etc.

S-a demonstrat că în 70-80% din cazuri anomaliile de dezvoltare au caracter ereditar, predispoziția se transmite mai frecvent de la mamă (50% cazuri). De asemenea se pot transmite pînă la a 3-generație.

Se deosebesc 4 tipuri de diateze:

- Exudativ-catarală
- Alergică
- Limfatico-hipoplastică
- Neuro-artritică (dismetabolică)

Din toate diatezele la copiii pînă la vîrsta 2 ani mai frecvent se observă diateza exudativ-catarală (50-60%), pe locul II este limfatico-hipoplastică (12-35%), apoi diateza alergică(10-15%) și cel mai rar se înregistrează diateza dismetabolică (4-5 %).

Diatezele sunt considerate anomalii constituționale adică cu predispoziții ereditare a organismului, determinate de mecanisme imunopatologice cu creșterea imunoglobulinei E.

În diateze se dereglează adaptarea organismului la mediul înconjurător printr-o excitabilitate sporită din partea pielii și mucoaselor și prin micșorarea reactivității față de diferite boli. Prin urmare diateza este o reacție adversă, excesivă a organismului, ce apare ca rezultat al acțiunii repetate a unor agenți agresori numiți alergeni. La copiii sănătoși acești factori nu provoacă reacții alergice.

Copiii cu diateză mai frecvent suferă de boli respiratorii, pneumonii, maladii ale organelor excretorii, care ușor pot croniciza.

Factori de risc predispozanți

Factorii cu risc predispozant se referă la ereditate, la maladiile alergice din familia copilului. Copilul din astfel de familii se naște cu predispoziție la boli alergice. Predispoziția familială la alergie – *atopia* este factorul de risc cel mai important în dezvoltarea bolilor alergice la copil. Atopia la copil poate fi presupusă în cazul cînd se constată:

- boli alergice la părinți;
- nivelul imunoglobulinei E majorat la părinți și copiii lor.

S-a constatat, că în copilărie sexul masculin este predispus la alergie respiratorie.

Particularitățile anatomo -fiziologice predispozante ale sugarului și copilului mic

- Vascularizarea sporită a mucoasei intestinale (capacitatea înaltă de absorbție pentru alergeni, produse toxice);
- Imaturitatea enzimelor digestive (nu se produce scindarea calitativă a alimentelor pînă la compușii finali, iar compușii intermediari declanșează reacții imunopatologice);

- Sensibilitatea excesivă a organismului la cantitatea sporită de histamină;
- Imaturitatea membranei celulare (permiabilitatea sporită, predispoziția marcată a membranei la reacții inflamatorii).

Etiologie

Maladiile alergice sunt provocate de diferiți factori numiți *alergeni* – substanțe care provoacă la un copil sensibil reacții alergice manifestate prin:

- rinită
- conjunctivită
- erupții cutanate (urticarie, dermatită atopică)
- astm bronșic
- șoc alergic.

Se cunosc peste 5000 de alergeni. Ei pot fi *exogeni și endogeni*, ultimii se mai numesc autoalergeni și ei sunt responsabili de apariția reumatismului, nefritelor etc.

Alergenii exogeni pot fi de origine infecțioasă și neinfecțioasă:

A. *De origine infecțioasă:* diferite bacterii (streptococi, stafilococi etc.), ciuperci, viruși, lamblii, protozoare, helminți etc. Episoadele repetate de infecții respiratorii (rinite, laringotraheite, bronșiolite, bronșite) pot contribui la dezvoltarea astmului bronșic.

B. *De origine neinfecțioasă:*

- ***Produse alimentare:***

În lista alimentelor cu cel mai înalt grad alergizant sînt: ciocolata, cacao; produsele care le conține mierea de albine, nucile, alunele, arahitele.

Reacții alergice grave, imediate, generalizate sau localizate produc: peștele, icrele, peștele afumat, racii, crabii, creveții.

Produsele alimentare care conțin coloranți sintetici pot provoca reacții alergice grave. Fructele și legumele de *culoare roșie, portocalie, galbenă* conțin coloranți naturali, care, deasemenea, constituie o sursă importantă de alergeni alimentari pentru copil: ardeiul gras, tomatele roșii, sfecla, morcovul, portocalele, mandarinele, lămîia, kiwi, bananele.

Un grup de factori alergizanți pentru copii sînt produsele alimentare care conțin *aromatizanți și stabilizatori* de gust: vanilie, mentol, băuturi gazate, bomboane, biscuiți, iaurturi, cașcaval, salamuri.

Produsele conservate și cele care se prepară cu adausuri de *conservanți și antioxidanți* (sulfite, nitrite, acid benzoic) sunt factori de risc pentru copilul alergic.

În pregătirea bucatelor deseori se folosesc *condimente*, care au efecte alergizante, irită tractul digestiv și sporesc absorbția altor alergeni: piper, țelină, usturoi, coriandru, mărar, chimen.

Alergologia contemporană pune în evidență sporirea reacțiilor alergice la aspirină și la produsele alimentare care conțin aspirină: mere, caise, struguri, lămîi, vișine, zmeură, căpșune, fructe murate, zarzavaturi murate. Băuturile alcoolice (vin, șampanie, bere) sînt factori de risc pentru copil, agresează creșterea și dezvoltarea lui.

- ***De origine vegetală:*** polenul de flori, de plante, de arbuști, de copaci, de pomi fructiferi. Există 3 perioade sezoniere de acutizare a bolii alergice în dependență de speciile plantelor care înfloresc: primăvara-polen de copaci, vara-polen de cereale, toamna-polen de plante.

- ***De origine medicamentoasă:*** antibiotice, sulfanilamide, analgina, remedii antiinflamatorii nesteroidiene, iod, siropuri de medicamente, diferite seruri, vitamine. Vaccinurile pot fi un factor de risc în bolile alergice la unii copii și anume cele produse pe embrion de ou (vaccin antigripal).

- **Produse chimice agricole:** pesticidele, ierbicidele, îngrășăminte minerale. Legumele, fructele pot conține compuși alergizanți care prin asociere cu potențialul sensibilizant al unor produse agricole crează condiții favorabile pentru maladii alergice.

- **Diferite insecte:** – albinele, viespile, bondarii, musculițele, furnicile, gândacii de bucătărie. Secrețiile lor nimeresc în circuitul sanguin al copilului prin înțepături, pe cale inhalatorie și prin contactul direct. Înțepăturile de albină, viespe produc efecte alergizante severe, iar la un copil atopic pot provoca reacții locale și sistemice grave.

- **Alergeni casnici:**

- Praful de casă – este o combinație perfectă de alergeni. Praful este compus din particule epidermale, păr, salivă uscată, bacterii, fungi, fire de pe haine și blănuri. Concentrații sporite de praf se găsesc în locurile aglomerate cu mobilă, în saltele, plapume, perne, lenjerie, haine, covoare, draperii.

- Acarienii – sînt niște căpușe foarte mici care nu se pot observa cu ochiul liber. Ei se alimentează cu particule descuamate ale pielii omului, deaceia cea mai mare cantitate se găsește în dormitoare (în perne, saltele, plapume). La fel se pot depista în țesături, haine, paturi, covoare. Un gram de praf de casă poate conține 2000-15000 de acarieni.

- Alergeni fungici – ciupercile de mucegai, miceliile și sporii lor se găsesc în aer, praf, sol, pe piele, în intestin. Sporii ciupercilor de mucegai nimeresc în căile respiratorii pe cale aeriană în timpul respirației și pot provoca reacții alergice. Acutizarea bolii la copiii sensibilizați cu fungi se observă în perioada toamnă-iarnă în condiții de temperaturi scăzute și umezeală sporită.

- Alergeni epidermali – includ particule de piele, mătreață și păr de animale (cîini, pisici, oi, vaci, cai, porci, iepuri, șoareci), precum și alergenii epidermei (solzi uscați de piele) și ai părului omenesc. Alergizarea copilului se poate produce prin contactul cu păsările sau prin folosirea obiectelor confecționate din pene de pasăre.

- **Nocivități habituale**

Poluarea aerului din locuințe cu substanțe chimice influențează negativ sănătatea copiilor prin efectele alergizante și riscul dezvoltării maladiilor bronhoobstructive. Poluarea aerului se datorează detergenților chimici (substanțe pentru curățarea veselei, înălbitori), produselor cosmetice (săpunuri, creme, deodoranți, parfumuri, fixatoare), insecticidelor, materialelor de construcție, substanțelor chimice ale industriei de construcție (vopsele, clei, lac, dizolvanți).

- **Nocivități industriale atmosferice**

Un șir de substanțe chimice sînt sau devin alergeni în urma contactului cu proteinele organismului. Este confirmat rolul sensibilizator al substanțelor chimice industriale în dezvoltarea astmului bronșic la copii.

- **Fum, gaze de eșapament**

Manifestarea sensibilității excesive a căilor respiratorii se poate declanșa prin contactul cu fum din arderea lemnului, vreascurilor, frunzelor. Gazele de eșapament din arderea combustibilului automobilelor sînt toxice și produc efecte alergizante asupra sistemului respirator al copilului.

- **Factori neuropsihici** (stresuri, anxietate, conflicte familiale, sociale).

Efecte alergizante asupra copilului produce latexul care se conține în jucăriile elastice, mingi, baloane, radiere, încălțăminte, mușama.

- **Factorii de risc perinatali:**

- nocivități în sarcină: lucrul în condiții profesionale nefavorabile, contactul cu substanțe toxice, alimentare nerațională (60% dintre gravide se alimentează neechilibrat), maladii infecțioase, folosirea medicamentelor;

- tabacismul – fumatul în sarcină duce la apariția sindromului tabacic la făt , la îmbolnăviri respiratorii frecvente și sporește riscul de apariție a astmului;
- prematuritatea – copiii născuți prematuri sînt predispuși la alergii. Protecția antialergică la acești copii este imatură. Deseori copiilor prematuri li se administrează medicamente alergizante din primele zile de viață.
- **Condiții meteo**–frigul, umiditatea înaltă, ploaia, ceața, vîntul, furtunile, exploziile solare influențează starea sănătății copilului alergic și pot provoca acutizări grave;
- **Fumatul** – reprezintă unul din principalii factori în apariția și evoluția afecțiunilor alergice din partea sistemului respirator. Efectele fumului asupra copilului se manifestă prin iritația nasului, gîtului și pieptului, dificultăți ale respirației, tuse, strănut, iritația ochilor, dureri de cap, amețeli, greață, tulburări de concentrare. Fumatul pasiv este un factor frecvent în producerea astmului la copii.

După naștere semnele alergice pot apărea în deosebi la copiii alimentați artificial (cu lapte artificial de vaci sau diferite amestecuri lactate artificiale). Alergozele pot apărea și la copiii alimentați cu lapte matern, dacă mama folosește excesiv produse alergizante.

Patogeneza maladiilor alergice

Manifestările alergice la fiecare copil evoluează individual, fiind cauzate de factori individuali. Împotriva tuturor factorilor agresori organismul elaborează anticorpi, însă la copii cu fundal alergic are loc o elaborare alterată de anticorpi. Ei nu numai se unesc cu alergenii, dar și se depun pe celulele mucoasei tractului digestiv, respirator, cauzînd astfel elaborarea produselor biologice active (mediatorilor) - *histamina*, *serotonina*, *heparina*, *acetilcolina*, etc. În normă ele se elimină într-o cantitate foarte mică. Aceste produse sporesc permeabilitatea vaselor sangvine și excitabilitatea terminațiilor nervoase. De asemenea se dereglează funcția sistemului de coagulare a sîngelui etc. Acestea la rîndul său generează apariția hiperemiei și edemului pielii, mucoaselor, provocînd strănut, tuse, prurit nazal și cutanat etc.

Se modifică toate tipurile de metabolism:

- **Metabolismul proteic** - are loc micșorarea cantității proteinelor în sînge, ce limitează sinteza hormonilor, fermenților etc.
- **Metabolismul glucidic** – se dereglează trecerea zahărului în depozit de glicogen din ficat, astfel se sporește cantitatea de glucoză din sînge, care generează apariția semnelor hiperglicemiei.
- **Metabolismul lipidic** – se micșorează reabsorbția grăsimilor în țesuturi, respectiv sporește cantitatea lor în sînge (hiperlipidemie).
- **Metabolismul mineral** – se rețin sărurile de Na, K, Ca, care conduc la acumularea apei în organism și apariția edemelor. La alți copii sărurile minerale se elimină într-o cantitate sporită, explicînd apariția deshidratării, distrofiilor.

Se dereglează funcția sistemului nervos central prin apariția reacției neadequate din partea copilului. Copiii devin nervoși, labili, închiși în sine. Apare frica, agresivitatea.

Reacțiile alergice în organism depind de sistemul imun (B și T):

Sistemul imun B - produce B-limfocite, care la rîndul său elaborează anticorpi – IgA, IgM, IgG, IgD, IgE. În reacțiile alergice rolul major îl joacă IgE.

Sistemul imun T – produce T-limfocite. Deosebim T-helperi, care sintetizează anticorpii și T-supresori care inhibă sinteza anticorpilor. Deosebim T – chileri citostatici ce nimicesc celulele străine.

Alergenii nimerind în organism, determină modificări structurale și funcționale ale limfocitelor T-helper, activîndu-le. Ele acționează asupra limfocitelor B, făcîndu-le capabile

să sintetizeze IgE-reagenă. IgE se sintetizează și de celulele mucoasei nazale, tractul digestiv, respirator, etc.

Imunoglobulina E stimulează eliberarea mediatorilor, care în dependență de cantitatea eliberată se fac vinovați de manifestările patologice locale și generale.

Pentru a micșora reacțiile alergice se efectuează hiposensibilizarea specifică, ce duce la sporirea cantitativă T-supresorilor. Aceasta la rândul lor inhibă sinteza IgE.

Manifestările clinice

Apariția maladiilor alergice la copii au un caracter ciclic progresiv. În primele luni de viață apar de obicei semnele diatezei exudativ – catarale, limfatico-hipoplastice și alergice, fiind condiționate de sensibilitatea alimentară în 89-90% de cazuri.

După vârsta de 1 an se implică alte organe și sisteme, apare polimorfismul clinic. Inițial apar următoarele simptome:

Cutanate

- Pielea devine palidă, uscată;
- *Seboreea* în regiunile piloase ale corpului și sprâncenelor (cruste albe-gălbui), fiind condiționată de secreția abundantă a glandelor sebacee. Sub cruste pot nimeri diferite bacterii, stimulând apariția bolilor purulente (Planșa nr.30, 35);
- *Eritem* pe frunte, față, regiunea retroauriculară, eritem fesier, în plicile fiziologice (axilare, gât), intertrigo (Planșa nr.25, 26);
- *Crustelor de lapte* pe obraji (Planșa nr.31). La început apare hiperemia obrazilor, descumare, fisuri cu eliminarea lichidului seros, care se usucă și formează aceste cruste;
- *Erupții papuloase* de dimensiuni mici, pruriginoase, care-i face pe copii să sufere mult. Ei devin neliniștiți, rău mănâncă, sunt capricioși, suferă de insomnii;
- *Leziuni de grataj*.

Digestive

- Disfuncții gastrointestinale (vome, regurgitații, scaune instabile, uneori diareice de 3-4 ori pe zi, cu mucozități, neprelucrate, cu fulgi albi). Deseori această stare se tratează ca o boală infecțioasă, cu administrarea antibioticelor, ce agravează și mai mult boala;
- Sindromul de maldigestie (prezența mucozităților, elementelor nedigerate, macroscopic și coprologic).

Respiratorii

- Infecții respiratorii frecvente (virale, bacteriene);
- Vegetații adenoide, polipoze nazale, rinosinuzite recidivante;
- Laringotraheite și bronșite obstructive, traheite, pneumonii;

Nefrouinare

- Disurie;
- Infecții nefrouinare (cistite, pielonefrite).

Afecțiunile cele mai frecvente la sugari și copilul mic sunt din partea tegumentelor.

Evoluția maladiei

- Involuția semnelor alergice la vârsta de 2-3ani;
- Progresarea simptomelor cutanate, cronicizarea patologiei cu instalarea dermatitei atopice, urticariei;

- Instalarea sindromului dermato-respirator cu dezvoltarea rinosinuzitelor alergice, polinozelor, bronșitelor obstructive, astmului bronșic;
- Instalarea sindromului dermato-digestiv – gastrite, ulcere, colite etc.

Dermatita atopică (DA) are o incidență de 10-15 % din populația infantilă. În primul an de viață se dezvoltă în 60-70 % de cazuri și în 25-30 % de cazuri apare la vârsta de preșcolar și școlar. Factorii de risc în apariția DA sunt antecedentele ereditare alergice, prematuritatea, alimentația artificială, produsele alimentare cu potențial înalt alergizant, anomaliile de constituție, malnutriția, diferite afecțiuni intestinale.

- De obicei DA apare după vârsta de 3-6 luni, când se înregistrează zone eczematozate pe frunte, obraji, cap, ceafă, în regiunea retroauriculară (mai rar în regiunea pliurilor) care se caracterizează prin apariția unor papule eritematoase, pruriginoase, care se extind și se transformă în vezicule (Plansa nr.27, 28, 33, 34). În urma pruritului veziculele sunt rupte de copii, lăsând pe obraji, în jurul urechilor leziuni de grataj (suprafețe zemuinde, sangvinolente). Indurațiile tegumentare pot fi profunde cu complicații hemoragice, de aceea după uscarea exudatului se formează cruste de culoare albă-cafenie. De asemenea sunt caracteristice descuamarea plachetară fină a epidermului, cheilita fisulară, simptome digestive, respiratorii, oculare, neurologice, etc.
- DA frecvent se asociază cu infecția bacteriană și virală, provocând piodermia, eczema bacteriană, infecția herpetică, etc.

La copilul mare DA are unele particularități:

- Pe tegumente apar zone de exudație;
- Afecțiunile sunt localizate la nivelul pliurilor de flexie ale gâtului, mâinii, genunchilor, gleznei, subfesier;
- Indurațiile tegumentare sunt profunde cu complicații hemoragice;
- Placardele au formă lichenoidă;
- Apare disconfortul tegumentar, tulburări de comportament.

Dermatita atopică poate avea o evoluție favorabilă cu vindecare completă sau poate să treacă în forma cronică, cu acutizări, care durează de la 2-3 săptămâni până la 2-3 luni.

Urticaria este o patologie alergică observată la toate vârstele (Plansa nr.32, 36). La acțiunea alergenilor pe suprafața corpului apar niște papule de diferite mărimi, în număr diferit, ce pot conflua, de o culoare roșietică, însoțite de prurit. Urticaria poate decurge acut până la câteva zile și cronic mai mult de 3-4 săptămâni. Uneori leziunile de urticarie se pot extinde în straturile profunde ale pielii, hipodermei, provocând urticarii gigante. O varietate a urticariei gigante este edemul Quincke. El se caracterizează prin apariția edemului țesuturilor moi – buzelor, pleoapelor, obrazilor, organelor genitale, etc. Edemul e localizat asimetric, foarte periculos este edemul în regiunea laringelui, traheei, care poate genera asfixia copilului.

Afecțiuni din partea sistemului respirator

• ***Rinita alergică***

Se observă mai frecvent iarna și primăvara. Copiii au senzația de nas înfundat, apare pruritul nazal, strănutul, mai des dimineața, uneori în rafale. Mucoasa nasului se hiperemiează, se edemațiază. Apar secreții seroase, sero-mucoase. Hipersecreția nazală este urmată de pruritul conjunctival și hipersecreția lacrimală, de otita medie seroasă cu dureri neînsemnate pe fundalul temperaturii normale.

• ***Laringita alergică***

Apare pe fundalul virozelor, mai frecvent noaptea. Se manifestă prin tuse lătrătoare, respirație șuierătoare, dispnee expiratorie. Accesul de tuse poate dura 20-30 min, revenind pe parcursul nopții de câteva ori. Copiii devin foarte irascibili, nervoși.

- **Traheitele alergice**

Se caracterizează prin apariția unor accese de tuse umedă cu dureri în piept, mai ales noaptea. În timpul accesului fața se hiperemiează, se edemațiază. Actul de tuse poate fi urmat de vomă, inconiniența defecației și micției. Accesele de tuse sînt asemănătoare acceselor de tuse convulsivă.

- **Bronșitele astmatiforme**

Apar pe fundalul temperaturii normale, fără semne de intoxicație. Tusea este chinuitoare, apare de obicei noaptea. Bronșitele și traheitele în continuare pot evolua în astm bronșic.

- **Pneumoniile alergice**

Manifestările clinice sunt ca și în pneumoniile bacteriene, însă evoluția este mai îndelungată. Administrarea antibioticelor este inefficientă.

Afecțiunile organelor digestive

Se manifestă sub formă de glosite, esofagite, gastrite, enterite, pancreatite reactive, hepatite, colecistite alergice, disbacterioze.

Glosita apare în urma descuamării celulelor epiteliale superficiale ale mucoasei (Planșa nr.29). Deoarece descuamarea limbii este neuniformă, ea poartă denumirea de „limbă geografică”. Suprafața unde lipsește stratul epitelial poate servi ca poartă de infecție. Așa suprafețe descuamate pot fi de-a lungul tractului digestiv, ceea ce condiționează apariția gastritelor, gastroduodenitelor, enteritelor, enterocolitelor, pancreatitelor, colecistitelor etc. Semnele clinice în afecțiunile alergice ale organelor digestive sunt: greață, vome, dureri în abdomen, inapetență, balonări, scaun frecvent, lichid cu mucozități, etc.

La introducerea în organism a vaccinurilor, serurilor, gama-globulinelor sîngelui poate apărea **boala serică** – care se manifestă prin urticarie, febră, greață, vome, cefalee, micșorarea TA, mărirea ganglionilor limfatici, etc.

La acțiunea repetată a alergenilor, de exemplu a antibioticelor, vitaminelor, analginii, unor produse alimentare poate surveni **șocul anafilactic**. Copiii devin neliniștiți, anxioși, apare cefaleea, dispneea, febra, frisonul. Tensiunea arterială se micșorează, pulsul devine filiform, apare sudorația rece, convulsiile, starea de letargie, incontinența defecației și micției. Dacă nu se acordă asistență de urgență copiii pot deceda.

La copiii de vîrstă fragedă se înregistrează în 6-20 % de cazuri și **diateza limfatică – hipoplastică**, cauza căreia este hipofuncția sistemului simpatic – adrenalinic cu o reacție proliferativă a țesutului limfatic și a timusului. Suferă funcția sistemului imun T –supresorii. Copii cu așa diateze sunt predispuși la edeme, pastozitate, exces ponderal. Turgorul țesuturilor și elasticitatea pielii sunt diminuate. Este pronunțată pe abdomen rețeaua venoasă, musculatura este slab dezvoltată. Semnele cutanate sunt foarte neînsemnate. Un simptom caracteristic este limfadenopatia periferică generalizată (ganglionii limfatici formează grupuri compacte, dure). Se decelează hipertrofia amigdalelor, vegetațiilor adenoide. Acești copii sînt predispuși la infecții respiratorii frecvente cu dezvoltarea sindromului de stenoză laringiană, care conduce în continuare la astmul bronșic.

Diagnosticul explorativ al maladiei

- **Hemograma:** eozinofilia, limfocitoza în suprainfecții virale;
- **Teste Imunologice:** majorarea Ig E serice și a mediatorilor, etc.;

- *Examen coprologic modificat*: mucozități, prezența acizilor grași, a fibrelor musculare, a amidonului;
- *Test de eliminare*: excluderea alergenului incriminat reduce intensitatea dermatitei;
- *Test de provocare cu alergenul incriminat*: se intensifică simptomele dermatitei (prealabil alergenul testat se exclude din alimentație cu cel puțin 1 săptămână, iar medicația antialergică se exclude cu 5-7 zile înainte de testare);
- *Teste cutanate cu alergeni specifici*: alimentari, polenuri, ecologici, menajeri, etc.;
 - testare epidermică prin scarificare- rezultatul se citește peste 15 minute;
 - testare intradermică – rezultatul se citește peste 30 min-24ore-72 ore.

Probele cutanate sunt contraindicate în perioada de acutizare a dermatitelor, infecțiilor acute intercurrente, maladiilor cronice decompensate, bolilor de piele, antecedentelor alergice la teste cutanate, etc.

Tratamentul

I. Dietoterapia.

Deoarece cauza principală a alergozelor la copiii de vîrstă fragedă sînt alergeni alimentari, din primele zile se recomandă o dietă hipoalergică cu excluderea produselor alergizante. Se micșorează sarea de bucătărie, grăsimile se recomandă de origine vegetală (50%). Dacă copilul se alimentează cu lapte matern, din rațiunea mamei se exclud produsele cu cel mai înalt grad alergizant – ouăle, ciocolata, cafeaua, praful de cacao, mierea, poama, nucile, căpșunile, caisele, tomatele, salamurile etc. Se limitează bulionul concentrat, dulciurile, carnea de pasăre, produsele lactate. Din crupe se recomandă hrișca, arpacașul, crupa de ovăz, fidea de calitate I.

Dacă copilul se alimentează artificial se recomandă amestecuri adaptate hipoalergice (NAN hipoalergic, HIPP, Nutrilon), amestecuri adaptate vegetale (Nutrisoe, Isomil, NAN soie, Humana S), produse acidulate (NAN acidulat).

Oul se exclude din alimentare pînă la vîrsta de 1 an. Se recomandă sucuri și fructe hipoalergice. Bulionul este înlocuit cu supe de legume. Carnea și peștele se includ în rațiune după 10-11 luni, se recomandă de fiert în 2-3 ape. Terciurile se prepară pe fiertură de legume sau apă.

Deoarece produsele alimentare pot provoca acutizarea diatezelor, se recomandă părinților să completeze un registru alimentar, unde se indică ora de administrare a produsului și reacția apărută după administrarea lui. Acest registru va permite depistarea concretă a produsului alimentar, responsabil de reacția alergică.

Copiii mai mari li se prescrie o dietă individuală cu excluderea tuturor produselor alergice. La administrarea dietei se respectă 3 etape:

I etapă- în decurs de 2-4 săptămîni se află exact produsele ce produc alergia. Părinții vor completa registrul alimentar, monitorizînd acțiunea bucatelor. Produsele ce produc alergia se vor exclude pe termen de 3 luni.

II etapă- dieta obținută în etapa I se păstrează pe parcursul a 3-6 luni.

III etapă- are loc lărgirea dietei.

La unii copii cu manifestări grave se recomandă o dietă foarte strictă. În decurs de 2-3 zile copiii respectă o dietă de cruțare (1200-1500 ml chefir (lapte acru, biolact) apă minerală, apă fiartă). Peste 2-3 zile se introduc produsele mai puțin alergice: carnea de vită, iepure, curcan, pui, crupe de griș, arpacaș, ovăz, porumb, legume și fructe de culoare deschisă (dovlecei, varză, mere verzi și albe, pere varză, spanac) pîine de ovăz, ulei vegetal, unt, etc. Treptat se introduc în alimentație cartofii, morcovul, evaluînd toleranța alimentară. Dacă apar iarăși reacții alergice alimentele se mai exclud pe termen de 3 luni.

Produsele alimentare cu un înalt grad de alergizare se exclud pe termen de 3 ani.

II. Trtamentul local

La nivelul leziunilor exudative se aplică soluții antiseptice (metilenă, betadin, flucorcin, verde de briliant, nitrofungin, etc). După dispariția exudației se recomandă unguente ce grăbesc epitelizarea: cu acid salicilic, rezorcin, naftalan, dimedrol, talc, zinc, solcoseril, unguente cu vitamina A, E, ulei de măsline, de nură, colanhoe etc.

În cazul infecției cutanate se administrează local antibiotice – unguente, creme de gentamicină, bancomicină, fucidin, limomicină, eritromicină, antifungice (nizoral, clortrimazol, lamizil). Corticoterapia locală se face cu următoarele creme, emulsii: advantan, afloderm, alocam, sinaflan, flucinar, lorinden etc. Efective sunt remediile topice combinate (antibiotic, glucocorticoid, remediu antifungic-triderm, pimafucort, acriderm).

Cazurile cu leziuni extinse, rezistente la tratamentul simptomatic beneficiază de terapia cu raze ultraviolete.

III. Terapia medicamentoasă

• **Medicația antihistaminică**

Preparatele antihistaminice micșorează activitatea mediatorilor, au efecte antipruriginoase. În perioada acută terapia medicamentoasă este îndreptată spre micșorarea sintezei și blocarea activității mediatorilor.

Remediile antihistaminice sunt de 2 generații:

- *Generația I* - Dimedrol, diazolin, tavegil (clemastin), pipolfen, suprastin, fencarol. Se administrează seara deoarece au efecte sedative. Pe parcursul tratamentului eficacitatea terapeutică se reduce, de aceea durata optimală a curei de tratament este de 10-14 zile. Antihistaminele pot produce efecte adverse ca cefalee, dureri în abdomen, tahicardie, diaree, etc. S-a constatat că medicația de prima linie are efecte terapeutice ineficiente în dermatita atopică.
- *Generația II:*
 - cetirizină (zirtec, parlazin, cetirinax)
 - loratadină (claritin)
 - dezloratadină (aerius)
 - levociterizin (xyzal).

Ele au efecte antihistaminice, antiinflamatorii, nu produc efecte sedative, reduc necesarul în terapia corticosteroidă topică. Se prescriu în tratamentul cronic al dermatitei pe termen de 1-3 luni (în unele cazuri 6 luni-1 an sau 2-3 ani).

- **Terapia cu corticosteroizi** (prednizolon , dezaxon, hidrocortizon, etc.) Se indică în formele severe când remediile antihistaminice sunt ineficiente.
- **Cromolinele** (intal, cromal). Se indică în formele ușoare și moderate de dermatite cu asociere de manifestări gastro-intestinale, de asemenea în continuarea tratamentului cronic după anularea corticoterapiei.

IV. Regim igienic cu îngrijirea cruțătoare a tegumentelor (baia zilnică cu utilizarea decocturilor din plante medicinale, fiertură de tărîțe, amidon, fără săpunuri sau cu utilizarea săpunurilor ce au o activitate foarte minimală). Pentru restabilirea structurii tegumentelor se vor utiliza creme, loțiuni hidratante care nu conțin alcool, aromatizanți, etc ;

V. Antibioticoterapia. Se indică în complicațiile bacteriene, piodermii extinse, eczema microbiană. Antibioticele raționale în dermatitele infectate sunt amoxicilina, ampicilina, dicloxacilina, cefalosporinele (generația II,III), macrolidele (azitromicina), aminoglicozidele (gentamicina, tombramicina). Durata antibioticoterapiei 7-14 zile.

VI. Tratamentul simptomatic

- În manifestările respiratorii se indică antitusive, antipiretice, expectorante, antibacteriene etc.
- În disfuncții neurovegetative cu prurit puternic, insomnie, se recomandă sedativele.
- În manifestări intestinale, diaree se indică rehidratarea orală, prebiotice (colibacterin, bifidumbacterin, lactobacterin etc), fermentoterapia (abomin, festal, pancreatin, panzinorm), enterosorbentele (carbolen, enterosorbent, polifepan, enterodez). Se indică cu scop de absorbție a alergenilor din tractul digestiv;
- În vomă se indică prokinetice.

VII. Evitarea alergenilor de contact (detergenți, săpunuri, deodoranți, haine aspre, îmbrăcăminte din lână etc).

VIII. Evitarea alergenilor și noxelor inhalatorii (fumul de țigară, noxele atmosferice industriale, prafurile, polenurile, mucegaiurile etc.).

IX. Prevenirea sensibilizării medicamentoase (remedii antibacteriene, siropuri medicamentoase cu coloranți, aromatizanți, seruri, vaccinuri etc.).

Dispensarizarea

Copiii cu diateze sau alte maladii alergice se află la evidența dispensarică a medicului alergolog. Până la 1 an se examinează lunar, apoi odată în semestru. De 2 ori pe an copiii vor face unele investigații de laborator: hemograma, analiza urinei, fecalele la ouă de helminți, se vor sana focarele de infecție.

Se va recomanda un regim corect al zilei, regim dietetic corespunzător, etc.

Vaccinurile sînt admise pe fundalul dietei hipoalergice și terapiei antihistaminice, care se indică în decurs de 10 zile înainte și după vaccinare.

Probleme posibile la părinți

- Informații insuficiente despre maladia alergică;
- Dificultăți la crearea regimului hipoalergic alimentar și de îngrijire;
- Prezența simțului de vină și neputință;
- Anxietatea pentru viitorul copilului;
- Defecte în educația copilului (hiperprotejarea copilului);
-

Consilierea părinților

- Completarea cunoștințelor părinților cu referire la maladia copilului;
- Crearea mediului hipoalergic de îngrijire (lipsa animalelor domestice, covoarelor, florilor cu miros puternic, aglomerațiilor de cărți, etc);
- Utilizarea vestimentației din bumbac;
- Înlăturarea jucăriilor și a altor obiecte ce conțin latex (jucăriile elastice, mingi, baloane, radiere, încălțăminte, mușama);
- Instruirea părinților cu privire la îngrijirea copilului, aplicării unguentelor, efectuarea băiștelor igienice și curative, spălarea lenjeriei copilului utilizînd săpunuri hipoalergene;
- Instruirea părinților cu privire la dieta hipoalergenă, completarea registrului alimentar;

CAPITOLUL 3

MALADIILE SISTEMULUI RESPIRATOR

L.Cerempei, E. Cucieru, S.Cobîleanski, L.Botnariuc, R.Cușnir, T.Țurcan

În patologia aparatului respirator la copii infecțiile căilor respiratorii superioare rămân la ora actuală maladii frecvente, ce constituie aproximativ 50% din numărul consultațiilor medicale în ambulator, precum și cauza mortalității la copiii sub 5 ani. Decesele sunt determinate de numeroasele complicații care apar: pneumonii, bronșiolite, epiglotite, pleurezii etc.

Conform datelor mai multor studii epidemiologice s-a constatat că la sugari se pot produce în mediu cele mai multe episoade pe an (circa 4-5). La această vîrstă începe “socializarea” copilului, adică are loc comunicarea copilului cu persoane din afara familiei, frecventarea diferitor colectivități.

Al doilea vîrf al infecției respiratorii acute este atins la vîrsta de 3-5 ani cînd copiii au pînă la 4 episoade pe an, fiind generate de intrarea copiilor în colectivități. După vîrsta de 10 ani frecvența scade și este ca la adulți, 1 – 2 epizoade pe an.

Din numărul total de infecții respiratorii acute peste 80 % sunt ale căilor respiratorii superioare, realizînd deseori forme clinice ușoare, necomplicate, fiind vorba de rinite și faringite. Celelalte 20 % de cazuri sunt infecții ale căilor respiratorii inferioare, de obicei de etiologie bacteriană, cu tabloul clinic sever ce impune spitalizare.

Factori predispozanți

Incidența înaltă a infecțiilor respiratorii la copii este condiționată de următorii factori:

- Particularitățile anatomo-fiziologice ale aparatului respirator: imaturitatea morfologică și funcțională a organelor respiratorii, care se manifestă prin reacții specifice ale organismului copilului la infecție și alți factori;
- Vîrsta copilului. Cele mai grave infecții respiratorii se produc în primii 3 ani de viață și în special la sugari. Bronșiolita este principala infecție pînă la vîrsta de 6 luni, pneumoniile - în primii 2 ani, iar laringotraheobronșitele - între 9 luni și 3 ani;
- Prematuritatea;
- Focarele cronice de infecție;
- Alimentația nerațională;
- Gradul de expunere la infecții;
- Fumatul în familie;
- Poluarea atmosferică (praful, gazele iritante, vaporii toxici etc.);
- Nivel socio-economic redus.

Clasificarea infecțiilor acute ale căilor respiratorii superioare

Necomplicate

Rinite

Rinofaringite

Faringite

Amigdalite

Adenoidite

Complicate

Epiglotite

Otite medii

Mastoidite

Sinusite

Abces periamigdalian,

Abces retrofaringian

Etiologia infecțiilor respiratorii acute

S-a constatat că aproximativ 90% dintre infecțiile respiratorii acute sunt de etiologie virală (viruși sincițiali-respiratori, paragripali, rinovirali etc.), în rest pot fi provocate de stafilococi, streptococi, hlamidii, micoplasme etc.

AMIGDALITA ACUTĂ

Amigdalita (tonzilita, angina) este o afecțiune frecvent observată la copilul mic și la școlar și rareori la sugari, caracterizată prin inflamația amigdalelor palatine.

Amigdalele palatine și nazofaringiene aparțin țesutului limfatic perifaringian, cunoscut și sub denumirea de inelul lui Waldeyer. Acest țesut are un rol protector și contribuie la dezvoltarea normală a sistemului imunologic.

Amigdalita acută și adenoidita acută fac parte din grupul faringitelor acute. În funcție de extinderea procesului inflamator se poate vorbi de *faringită*, *amigdalită*, *faringoamigdalită*, *adenoidită*.

Morbiditatea prin angine este destul de înaltă și constituie la copii peste 6%, la adulți până 4-5%. Anginele se observă foarte rar la copiii până la vârsta de 1 an. Incidența lor sporește la vârsta de 4-12 ani. Frecvența maximă sezonieră a anginelor este atinsă la sfârșitul iernii și începutul primăverii.

Etiologia

- Anginele în cele mai frecvente cazuri (aproximativ 80%) sunt determinate de viruși: adenovirusuri, sincițial-respirator, enterovirusuri, viruși herpes simplex etc;
- Numai în 15% de cazuri anginele sunt produse de Streptococcus B-hemolitic grup A, care poate declanșa ulterior apariția unor complicații severe: reumatismul articular acut și glomerulonefrita;
- Mai rar boala este provocată de streptococul din grupa C și G, micoplasme, hlamidii pneumococi etc. Frecvența sezonieră maximă a faringitelor streptococice este atinsă la sfârșitul iernii și începutul primăverii, când funcția factorilor locali de protecție (lizozim, fagocite, anticorpi) este redusă.

Actualmente s-a constatat că anginele la sugari și copilul mic sunt în special produse de virusuri, iar la copilul mai mare de bacterii. Streptococul hemolitic, afectând mucoasa, elimină toxine (streptolizina, streptochinaza) care, fiind vehiculate cu torentul sangvin în organism, pot produce procese patologice în diferite organe, în special afectând inima și rinichii. După suportarea anginei acute imunitatea formată este de scurtă durată.

Sursa de infecție

Poate fi *bolnavul* de angină sau *purtătorii* de germeni.

Căile de transmitere

- *Aeriană*;
- *Alimentară*;
- *Prin contactul direct cu bolnavul*.

Factorii predispozanți

Pe lângă factorii predispozanți enumerați mai sus mai pot fi incluși:

- Traumele mecanice ale amigdalelor;
- Predispoziția ereditară la angine.

Anginele pot apărea primar și secundar, ca un simptom al altor boli (scarlatina, difteria, leucemiile etc.)

Clasificarea anginelor

Există mai multe clasificări ale anginelor, la baza cărora stau diferite criterii – etiologice, clinice, morfologice, patofiziologice. Mai frecvent se folosește clasificarea bazată pe semnele faringoscopice și patogenetice. Astfel deosebim formele:

- Catarală;
- Lacunară;
- Foliculară;
- Fibrinoasă;
- Herpetică;
- Flegmonoasă (flegmon intraamigdalian);
- Ulcero-necrotică;
- Mixtă.

Tabloul clinic

Angina catarală

Are un debut acut cu senzații neplăcute în gât, uscăciune, zgârțeturi, mai apoi dificultăți la glutiție. Bolnavul acuză indispoziție, dureri de cap, surmenaj. Temperatura corpului cel mai frecvent este subfebrilă, rareori atinge 38-39°C. La examenul faringelui se determină o hiperemie extinsă a amigdalelor și arcurilor palatine, amigdalele sunt puțin edemațiate, pe alocuri acoperite cu un exudant mucopurulent (Planșa nr.54). Limba este uscată, saburală. Se determină o limfadenopatie regională anterioară moderată, dureroasă la palpare. De obicei, boala persistă 3-5 zile.

Angina foliculară

Perioada prodromală este scurtă. Debutul este acut cu febră pînă la 38-39°C, uneori se constată subfebrilitate. Apar dureri puternice în timpul glutiției cu iradieri în urechi, sialoree abundentă. Semnele de intoxicație sunt mai pronunțate, apar frisoane, dureri musculare, lombare, slăbiciuni generale. La copii se observă uneori vărsături, dureri abdominale, meningism, obnubilarea conștienței. Ca regulă, se măresc ganglionii limfatici submandibulari, cervicali, auriculari, sensibili la palpare.

Pofta de mîncare este redusă, scaunul poate fi diareic. Din cauza inflamației palatinului moale și mărirea în volum a amigdalelor palatine se modifică tembrul vocii – ea capătă un caracter nazal. Pot apărea dureri cardiace.

Faringoscopia indică o hiperemie și infiltrație extinsă a palatinului moale, arcurilor palatine, amigdalelor (Planșa nr.58). Pe suprafața lor se depistează multiple insulițe de culoare gălbuie sau albe – gălbui, situate superficial, cu dimensiunile 2-3 mm.

Angina lacunară

Debutul și simptomele generale sunt aceleași ca și în angina foliculară. Deseori angina lacunară evoluează mai grav cu febră mai înaltă.

La examinarea faringelui se depistează, pe suprafața hiperemiată a amigdalelor mărite, în lacune acumulări de puroi de culoare albă – gălbuie, uneori depunerile confluează și acoperă o bună parte a amigdalelor, nedepășind limitele lor (Planșa nr.59). Depunerile ușor se declanșează. Procesul este de obicei bilateral, însă poate fi de intensitate diferită. Copilul poate rămîne afectat 7-10 zile.

Angina fibrinoasă

De obicei se observă mai rar. Din această categorie face parte angina agranulocitară. Simonovschi – Vensan, în mononucleoza infecțioasă.

Angina fibrinoasă uneori este numită pseudomembranoasă, pseudodifterică, deoarece după caracterul peliculelor se aseamănă cu difteria faringelui și diagnosticul se bazează doar pe datele bacteriologice.

Angina herpetică sau virală

Este provocată de viruși (virusul gripei, adenovirusii, virusul herpesului simplu virusul Coxachi). Boala se observă la copiii mici, este cu transmitere aerogenă și are o contagiozitate înaltă.

Perioada de incubație 2-5 zile. Boala are un debut acut, cu febră pînă la 39-40° C, dureri la glutiție, cefalee, dureri musculare, vărsături, diaree. În primele ore ale bolii în faringe se depistează o hiperemie difuză a mucoasei faringiene. În formele grave în regiunea palatinului moale, arcurilor palatine, amigdalelor și peretelui posterior al faringelui pot apărea niște vezicule, eroziuni, care peste 3-4 zile se reabsorb.

Complicațiile anginelor

- *Complicații locale:*
 - Flegmon periamigdalian unilateral;
 - Flegmon latero-cervical;
 - Limfadenită;
- *Complicații generale:*
 - Reumatism articular acut;
 - Glomerulonefrite care apar după un termen de 7-14 zile de la infecția acută.

Diagnostic

Diagnosticul anginelor se stabilește în baza datelor clinice, faringoscopice și investigațiilor de laborator. Hemograma indică leucocitoză cu neutrofilie, eozinofilie, VSH-30-40mm/oră. Examenul general al urinei stabilește o proteinurie moderată. Tuturor bolnavilor de angină lacunară și foliculară li se indică examenul bacteriologic al frotiului din faringe în scopul diferențierii de difterie. În analiza generală a urinei se observă o proteinurie ușoară.

În mod obligator bolnavilor cu angina lacunară și foliculară se colectează analiza bacteriologică din faringe pentru diferențierea de difterie.

Conduita copilului mic cu durere în gât la nivel de Asistență Medicală Primară (AMP) (Conform recomandărilor OMS)

Conform OMS tuturor copiilor bolnavi pînă la vârsta de 5 ani li se examinează cu spatula faringele. În special copilul cu durere în gât se apreciază în baza a 3 semne:

- Hiperemia mucoasei faringelui;
- Depuneri albicioase în gât;
- Ganglioni limfatici cervicali măriți.

Clasificarea problemelor cu gâtul

Dacă copilul nu poate bea deloc sau nu poate înghiți, atunci el se atribuie la categoria copiilor cu **ABCES FARINGIAN**. El trebuie spitalizat urgent pentru tratament în continuare a abcesului, în caz de necesitate pentru deschiderea acestuia. Înainte de spitalizare copilului i se va administra intramuscular Bicilina-3, pentru a distruge infecția streptococică și a preveni reumatismul. Dacă copilul are febră înaltă i se administrează paracetamol. După ce copilului i se acordă primul ajutor de urgență, părinților li se explică necesitatea internării în staționar. Se organizează un transport sigur (se *cheamă urgența!*). Pe fișă de trimitere a copilului în staționar se indică tratamentul efectuat. În timpul transportării se recomandă mamei să învelească bine copilul, să-l încălzească în brațele sale.

Starea copilului cu depuneri albicioase în gât și ganglionii limfatici cervicali măriți se clasifică ca **FARINGITĂ STREPTOCOCICĂ**. El va fi tratat la domiciliu cu un preparat antibacterian de preferință din grupul penicilinelor (benzilpenicilina) în decurs de 10 zile. În unele cazuri mamele nu aplică tratamentul corespunzător, de aceea este preferabilă injecția cu Bicilină-3. Pentru a atenua durerea și a micșora febra se administrează o doză de paracetamol. Se recomandă mamei să umezească gâtul cu remedii inofensive în decurs de 5 zile. Remediile inofensive în acest caz sunt apa fiartă sau apa minerală caldă, lapte cald. De asemenea mamei i se oferă sfaturi cu referire la îngrijirea corectă a copilului. Este obligator regimul strict la pat în primele zile ale bolii, ulterior un regim obișnuit cu limitarea efortului fizic. Bolnavul este izolat, se dezinfectează vesela și obiectele de îngrijire. Mamei i se mai explică că peste 2 zile copilul va fi adus la medic pentru evaluarea stării lui. Mama va aduce copilul mai devreme dacă infecția progresează, dacă apar semnele de pericol (nu poate bea, persistă febra, vomită după fiecare hrană etc.).

Peste 2 zile:

- Dacă persistă febra și durerile în gât, copilul este îndreptat în policlinică pentru investigații.
- Dacă temperatura și durerile în gât au scăzut, se finisează cura de penicilină de 10 zile și în a 10 zi se administrează intramuscular o doză de Bicilină- 3 conform vârstei: 600000 UA – preșcolariilor, 1200000 UA – școlariilor.

Dacă la copil este prezent un singur semn din cele indicate în clasificarea precedentă sau hiperemia mucoasei, patologia se va clasifica ca **FARINGITĂ NESTREPTOCOCICĂ**. În acest caz nu se indică preparate antibacteriene. Se recomandă mamei să umezească gâtul cu remedii inofensive. Pentru a atenua durerea și a micșora febra se administrează paracetamol. Mamei i se explică în ce cazuri să revină urgent în instituția medicală și când pentru vizita repetată. Vizita repetată se indică peste 5 zile dacă starea copilului nu s-a ameliorat.

Alimentația

Se recomandă hrană ușor asimilabilă, lacto-vegetariană, vitaminizată, în primele zile semilichidă în porții mici.

La copiii mai mari de 5 ani se recomandă gargarisme cu soluție de bicarbonat de Na sau sare de bucătărie (o linguriță la 200 ml de apă fiartă), apă oxigenată de 3% în diluție cu apă 1:20, infuzie de mușețel, etc. Pentru profilaxia candidozei se administrează antimicotice. Sunt indicate și desensibilizante (dimedrol, suprastin, diazolin), vitaminoterapia, tratamentul simptomatic (antipiretice, anticonvulsivante, cardiace).

Amigdalectomia este indicată în angine repetate, inflamații locale, adenopatie cervicală trenantă, amigdalită cronică.

Probleme posibile la micul pacient

- Dereglarea glutiției;
- Dereglarea somnului;
- Micșorarea apetitului;
- Reacții neadecvate după spitalizare;
- Frica pentru eventualele manipulații;
- Riscul dezvoltării complicațiilor.

Probleme posibile la părinți

- Stare de alertă pentru sănătatea copilului;
- Cunoștințe insuficiente despre îngrijirea în maladia dată;
- Aprecierea neadecvată a stării copilului.

Consilierea părinților

- Familiarizarea părinților cu faringitele la copii;
- Convingerea părinților despre necesitatea spitalizării;
- Explicarea părinților regulile de îngrijire corectă a copilului bolnav (igiena încăperii, aerisirea, menținerea temperaturii constante de 20-22 °C, asigurarea copilului cu veselă separată, dezinfectarea zilnică a jucăriilor etc);
- Monitorizarea de către părinți a stării copilului: temperatura corporală, durerile în faringe, capacitatea de a înghiți etc;
- Explicarea semnelor de pericol pentru viața copilului și adresarea de urgență la medic;
- Alimentația rațională a copilului (alimente ușor asimilabile, excluderea alimentelor picante, acide etc) ;
- Suportul psihologic al părinților și a copilului bolnav.

Profilaxia

- Prevenirea infecțiilor respiratorii virale;
- Alimentația rațională;
- Călirea, efectuarea gimnasticii;
- Imunoprofilaxia la termen;
- Sanarea focarelor cronice de infecție.

OTITELE LA COPII

Sub termenul de otite se subînțelege inflamația urechii.

Se cunosc otite externe, interne și medii. Una dintre cele mai frecvente infecții a urechii la copil este *otita medie*. După OMS otitele constituie aproximativ 25% din totalul consultațiilor la sugari și 40-50% la copiii până la vârsta de 4-5 ani. La nou-născuți otitele se întâlnesc foarte rar.

Etiologia

Cauza principă a otitelor medii este infecția bacteriană:

- *Streptococcus pneumoniae* în 30-50% din totalul cazurilor;

- *Haemophilus influenzae* în 15-25 % din cazuri;
- *Moraxella catarrhalis* se izolează în 7-23 % din cazuri;
- *Virusurile constituie* circa 6-25 % din cazuri (cel mai frecvent se izolează virusul sincițial- respirator, adenoviral, caxsackie etc);

Alte bacterii ce pot produce otita medie sunt: *Streptococcus pyogenes* grup A, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* etc.

Factorii predispozanți

Otita medie este mai frecventă la băieți. Alături de această predispoziție legată de sex, alți factori predispozanți sunt:

- disfuncția trompei lui Eustachio (hipotonă, largă, scurtă, așezată orizontal);
- boli ale țesutului conjunctiv;
- aflarea copiilor în colectivități (creșe, grădinițe);
- familiile numeroase;
- fumatul pasiv de către copii;
- alimentația sugarului culcat complet pe spate;
- fon alergic;
- prezența focarelor cronice de infecție;
- anotimpul rece;
- maladiile de fon;
- starea imunologică dificilă a copilului;

Căile de pătrundere a infecției

- calea tubogenă;
- prin timpanul lezat;
- hematogen.

Patogenie

Urechea medie este un organ auditiv care este legat cu faringele prin tubul lui Eustachio. Mucoasa urechii medii este acoperită cu celule ciliate și celule secretorii de mucus și imunoglobuline a căror funcție este imperfectă.

Tubul lui Eustachio are trei roluri coordonate de mușchiul tensor al vălului palatin, principalul dilatator al lui:

- de protecție față de secrețiile nasofaringiene;
- de echilibrare a presiunii între faringe și urechea medie;
- de protecție față de creșterile de presiune din faringe;
- de drenaj al secrețiilor din urechea medie către nazofaringe.

Funcția trompei Eustachio se dereglează în caz de inflamație a amigdalelor nazofaringiene, a vălului palatin. La afectarea mușchiului tensor al vălului palatin crește presiunea negativă în urechea medie ce condiționează aspirarea din faringe a conținutului septic.

Prin acelaș mecanism de aspirație infecția trece în urechea medie în timpul plînsului sau suflării nasului. La copiii mici care nu-și pot sufla nasul are loc stagnarea secrețiilor muco-purulente în faringe și meaturile nazale și trecerea lor în ureche. Spre deosebire de adulți funcția ventilatorie a trompei la copii este mai proastă.

Tabloul clinic

Este variabil și adesea nespecific. Nou-născutul poate prezenta manifestări nespecifice precum iritabilitate, vărșături, diaree.

- Debutul în otite deseori este precedat de semnele unei infecții virale de tip rinită sau rinofaringită: rinoree, febră, agitație, inapetență, somn superficial etc. În general, aceste manifestări preced cu 1-2 zile apariția semnelor specifice;
- Cel mai caracteristic semn este durerea auriculară (otalgia) uni- sau bilaterală. Cei ce pot vorbi acuză direct durerea otică.
- Sugarul însă arată spre urechi, se trage de ele, își freacă capul de pernă, are un discomfort evident în timpul suptului.
- Uneori pot apărea așa semne ca diminuarea auzului, amețeli, nistagm, paralizie facială, semne meningiene, însoțite de dereglarea conștiinței;
- În evoluție timpanul se poate perfora spontan, urmat de apariția unei secreții seroase sau purulente în conductul auditiv extern. În general după perforarea timpanului starea generală se ameliorează, scade febra;

La examinarea copilului bolnav se evaluează aria retroauriculară pentru decelarea unei eventuale tumefacții dureroase ce corespunde mastoiditelor.

În formele cronice, cele mai frecvente simptome sunt diminuarea auzului, perforarea timpanului și otoreea în general fetidă. Puseele de acutizare sunt însoțite de febră și dureri auriculare.

Diagnostic

În afara semnelor clinice, diagnosticul se va baza pe otoscopie și pe timpanometrie. La otoscopie timpanul este congestiv, își pierde luciul, se opaciază, se bombează și are mobilitate redusă.

Complicațiile

- Meningite purulente;
- Paralizii faciale;
- Mastoidite;
- Labirintite.

Conduita copilului mic cu probleme ale urechii la nivel de AMP (Conform recomandărilor OMS)

Conform OMS urechile trebuie examinate la toți copiii bolnavi în vîrstă de pînă la 5 ani. În cazul cînd nu este posibilă otoscopia, copilul se examinează după următoarele semne clinice:

- *Tumefiere dureroasă după ureche;*
- *Durere în ureche;*
- *Eliminări din ureche, concretizarea duratei lor.*

Clasificarea problemelor cu urechile

- ✚ Copiii cu tumefieri dureroase după ureche se vor clasifica ca **MASTOIDITĂ** și urgent vor fi spitalizați. Înainte de spitalizare copilului i se va administra o doză de preparat antibacterian potrivit (amoxicilină, cloramfenicol) și paracetamol pentru a combate durerea.
- ✚ Copiii cu dureri în ureche sau eliminări purulente din ureche cu o durată mai mică de 14 zile se clasifică ca **INFECȚIE ACUTĂ A URECHII** și se tratează la domiciliu. Se administrează amoxicilină timp de 5 zile, paracetamol în caz de durere. În caz de alergie la peniciline se recurge la eritromicină, acid clavulanic. Local se recomandă uscarea urechii cu ajutorul meșei nu mai puțin de 3 ori pe zi.

Până a instrui mama cum să usuce urechea cu ajutorul meșei de tifon, la început **explicați-i** importanța menținerii urechii infectate în stare uscată pentru succesul tratamentului. Apoi **demonstrați** cum să usuce urechea copilului cu ajutorul meșei de tifon (Fig. 32, 33).

În timp ce uscați urechea copilului cu meșa, explicați mamei că ea trebuie să:

- Să folosească pentru pregătirea meșei materie curată, absorbantă din bumbac sau un șervețel moale și gros. Nu folosiți bastonaș cu vârful din vată, spatulă sau hârtie moale, care se va dezintegra în ureche.
- Introduceți meșa în urechea copilului și mențineți-o până când ea va deveni umedă.
- Înlocuiți meșa umedă cu una uscată.
- Repetați această procedură până când meșa va fi extrasă uscată.

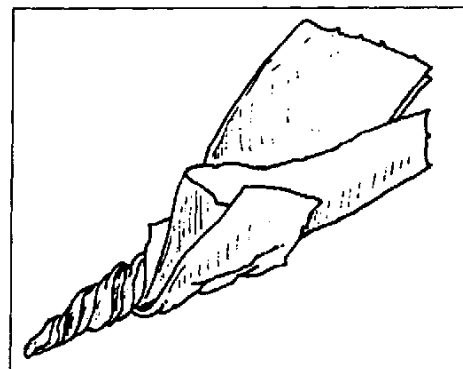


Fig.32 Meșă de tifon

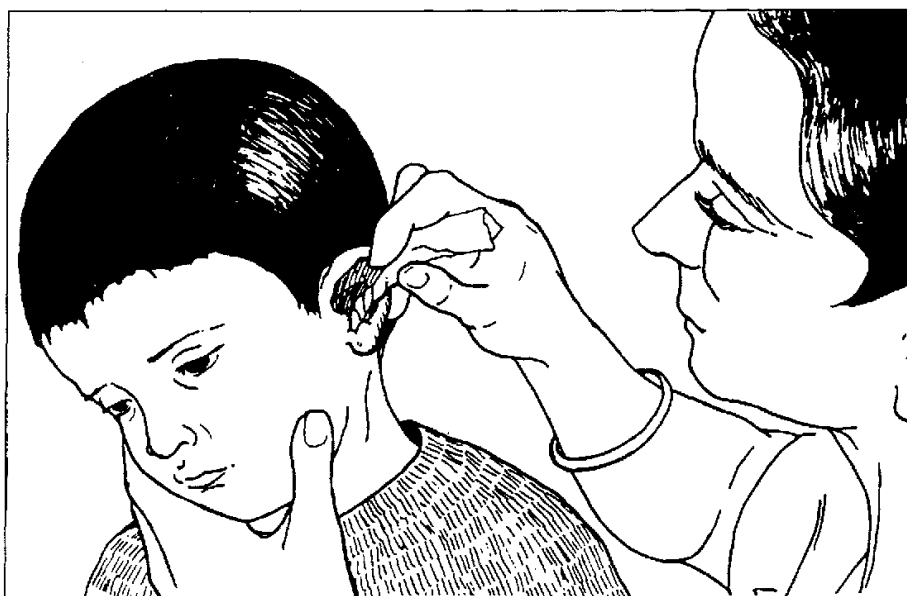


Fig. 33 Uscarea urechii cu ajutorul meșei

Urmăriți cum mama usucă urechea copilului cu ajutorul meșei. Observați și verificați acțiunile ei. După ce ea va termina tratamentul, oferiți-i următoarea informație:

- *Uscați urechea cu ajutorul meșei de 3 ori pe zi;*
- *Efectuați asemenea tip de tratament atâtea zile cât este necesar: până când meșa va fi extrasă uscată și până la terminarea eliminărilor purulente din ureche;*
- *Între procesele de uscare nu introduceți nimic în ureche (ulei, lichid sau alte substanțe). Nu permiteți copilului să înoate. Apa nu trebuie să nimerescă în urechea copilului;*

De asemenea mamei se oferă sfaturi privitor îngrijirii corecte a sugarului (lenjerie curată, deridicarea umedă în odaie, aerisire, alimente ușor asimilabile etc.)

După întrebările de control oferite mamei (Din ce fel de materie veți pregăti meșa? De câte ori pe zi veți usca urechea copilului cu ajutorul meșei ? etc.) și asigurarea că ea a memorizat tratamentul, se mai explică, că peste 2 zile copilul va fi adus la medic pentru evaluarea stării lui. Mama va aduce copilul mai devreme dacă infecția progresează, apar semnele de pericol.

Dacă peste 2 zile după efectuarea tratamentului starea copilului s-a îmbunătățit se continuă tratamentul la domiciliu până la finisarea cursului antibacterian;

Dacă peste 2 zile durerea în ureche și eliminările persistă se recomandă de tratat cu acelaș preparat antibacterian încă 5 zile. Vizita repetată peste 2 zile.

Dacă peste 2 zile starea copilului se agravează (apar semne de pericol, se menține febra, apare tumefierea dureroasă după ureche) copilul se spitalizează pentru tratament în condiții de staționar.

Dacă infecția otică nu s-a rezolvat timp de 14 zile copilul este îndreptat la policlinică pentru investigații și consultația specialistului.

- ✚ Dacă copilul are eliminări purulente din ureche și acestea durează mai mult de 14 zile patologia se clasifică ca **INFECȚIE CRONICĂ A URECHII**. Se uscă urechea cu ajutorul meșei apoi copilul trebuie îndreptat la specialist (otolaringolog) pentru examinare.

Părinții vor fi instruiți să asigure un aport suplimentar de lichide în special la copilul mic; nu se va fuma în preajma lui, nu se va instila nimic în canalul auditiv extern întrucât există posibilitatea unei perforații spontane a timpanului. Dacă ea se produce, nu afectează auzul, vindecându-se rapid și spontan în majoritatea cazurilor.

Probleme posibile la micul pacient

- Dereglarea somnului;
- Micșorarea apetitului din cauza durerilor;
- Reacții neadecvate după spitalizare;
- Frica pentru eventualele manipulații;
- Riscul dezvoltării complicațiilor.

Probleme posibile la părinți

- Stare de alertă pentru sănătatea copilului;
- Cunoștințe insuficiente referitor îngrijirii în maladia dată;
- Aprecierea neadecvată a stării copilului.

Consilierea părinților

- Familiarizarea părinților cu referire la otite;
- Convingerea părinților despre necesitatea spitalizării;
- Consilierea părinților cu privire la îngrijirea corectă a copilului bolnav (igiena încăperii, aerisirea, menținerea temperaturii constante de 20-22 °C etc);
- Monitorizarea de către părinți a stării copilului: temperatura corporală, durerea în ureche, eliminările purulente etc;
- Consilierea părinților cu privire la uscarea urechii;

- Consilierea părinților cu privire la semnele de pericol pentru viață, care pot surveni la copil și adresarea de urgență la medic;
- Alimentația rațională a copilului (alimente ușor asimilabile, pauze în timpul alimentației, alimentarea la cerere etc.) ;
- Suportul psihologic al părinților cât și al copilului bolnav.

Profilaxia

- Prevenirea infecțiilor respiratorii virale;
- Ignorarea aglomerațiilor;
- Alimentația rațională;
- Călirea, efectuarea gimnasticii;
- Utilizarea îmbrăcăminte calde pe timp rece;
- Imunoprofilaxia la termen;
- Neadmiterea fumatului de către părinți în odaia copilului;
- Sanarea focarelor cronice de infecție.

LARINGOTRAHEITĂ STENOZANTĂ ACUTĂ (CRUPUL FALS)

Laringotraheita prezintă inflamația acută a mucoasei laringelui și a traheii. Se observă mai frecvent la sugari și copilul mic în maladiile respiratorii virale, rujeolă, tuse convulsivă, etc. *Laringotraheita stenozantă* se dezvoltă în timp ce inflamația laringelui se extinde în regiunea subglotică și la trahee cu apariția dificultăților de respirație și a dispneei.

Incidența maximă a maladiei este în perioada iernii și la început de primăvară, afectând mai frecvent copiii la vârsta de 1-4 ani, deoarece la ei laringele are o filieră îngustă, stratul submucos este bine vascularizat, generând edemul și îngustarea regiunii subglotice.

Etiologia

Factorii etiologici sînt prezența de virusuri, germeni bacterieni și protozoare. Rolul principal în declanșarea procesului patologic în 90-95% din cazuri revine virusurilor: gripal, paragripal, respirator-sincițial, adenovirus, rujeolic etc. Dintre germenii bacterieni mai frecvent afectează căile respiratorii bacilul hemofilic de tîp B, streptococii, stafilococii, etc.

Factori favorizanți și de risc

- Evoluția cu complicații a gravidității (anemie, gestoze, infecții intrauterine etc.) ;
- Patologii în perioada neonatală (asfixia, traumatismul neonatal, prematuritatea, viciile congenitale) ;
- Fundal premorbid nefavorabil pe parcursul primului an de viață (anemiile carentiale, rahitismul, dereglările acute ale digestiei, malnutriția, anomaliile constituționale) ;
- Sezonul rece ;
- Factorii habitualii ;

Aproximativ 6 % din copii prezintă episoade recurente de obstrucție acută a laringelui.

Mecanismul de apariție

La început apare congestia și edemul mucoasei laringelui, care mai apoi se răspîndește în spațiul subcordal și la trahee. Ca răspuns la inflamație apare spasmul reflector al mușchilor

laringelui, care îngustează și mai mult căile respiratorii superioare. Hipoventilarea plămînilor dezvoltă sindromul insuficienței respiratorii cu hipoxia țesuturilor, dereglări metabolice, edem cerebral, etc.

Simptomatologie

Sindromul crupului fals apare în primele 24-48 ore de la debutul unei faringite sau laringite (uneori la a 3-5-a zi). De obicei copilul se culcă complet sănătos și se trezește în cursul nopții în stare de alertă, neliniștit, plîngăreț, cu o tuse aspră metalică, lătrătoare, respirație dificilă, voce răgușită și stridor inspirator. Respirația zgomotoasă este însoțită de tirajul intercostal al cutiei toracice și al foselor jugulare, copilul este palid, cu buzele cianotice. Treptat respirația devine mai liniștită, uniformă. Semnele de obstrucție laringiană pot dura mai multe ore, dar de obicei spre dimineață, copilul este bine. Manifestările clinice pot reapărea și în următoarele 1-2 nopți. Episoadele de crup spasmodic pot deveni severe și necesită măsuri terapeutice, dar de obicei ele cedează repede la măsuri simple, ca atmosfera umedă și caldă. Temperatura corpului poate să crească de la 37,5°C până la 39°C. Starea generală a copilului depinde de evoluția maladiei, care corelează direct cu gradul dereglării conductibilității tractului respirator superior.

Se diferențiază 4 grade de stenoză a laringelui:

- **Gradul I – compensat.**

În plină noapte apare o tusă persistentă uscată, care treptat devine lătrătoare. Vocea este răgușită. Respirația devine frecventă, zgomotoasă cu cornaj inspirator. Apar bătăi ale aripilor nazale, tirajul este discret (neobservat). Zona periorală se cianozează. Crizele de dispnee se risipesc în scurt timp (de la 20 minute pînă la 2-3 ore) însă pot reapărea în aceeași noapte. Laringele are aspect particular aprins, asociat cu edem. Hipersecreția și spasmul contribuie la procesul de obstrucție.

- **Gradul II - compensare incompletă.**

Starea copilului este mai gravă cu accentuarea alertei copilului. Frecvența respirației crește cu 10. Crizele de dispnee devin mai pronunțate și mai îndelungate cu stridor cu participarea musculaturii auxiliare în actul de respirație. Tusea lătrătoare devine productivă, vocea răgușită. Apare tirajul suprasternal, supraclavicular, cianoza membrelor, tahicardia. Faciesul este vultuos cu teamă de asfixie. Auscultativ în plămâni raluri umede și uscate.

- **Gradul III - decompensat.**

Starea generală este foarte gravă. Perioadele de neliniște se alternează cu cele de inhibiție psihomotorie pînă la letargie cu lipsă de răspuns la stimuli. Frecvența respirației e mai mare de normă cu 10-15 inspirații. Dispneea și stridorul sunt permanente. Apare tendința de a sta într-o anumită poziție (cu gîtul cât mai extins și capul flexat către posterior). Tirajul este supra-, substernal, intercostal. Sunt foarte pronunțate semnele insuficienței cardiovasculare: tahicardie, puls filiform, tensiune arterială scăzută, cianoza zonei periorale, a tegumentelor, acrocianoza.

- **Gradul IV - stare de asfixie.**

Starea generală este extrem de gravă. Copilul este letargic sau fără conștiență. Tegumentele sînt palide sau cianotice cu o nuanță surie, pupilele dilatate. Respirația devine superficială, aritmică, de tipul Biot, Kussmaul. Se instalează hipotermia, bradicardia, hipotensiunea arterială, la unii copii apar convulsiile, incontinența diurezei și defecației. Poate avea loc stopul cardiac și respirator.

Dacă nu se acordă asistența de urgență, copilul decedează.

Diagnosticul pozitiv se bazează pe anamneză, semnele clinice, evoluția bolii și datele de laborator.

Diagnosticul diferențial se face cu :

- Aspirația corpiilor străini în căile respiratorii ;
- Reacțiile anafilactice ;
- Laringomalacia (anomalie de dezvoltare) ;
- Laringospasmul ;
- Crupul difteric ;
- Hipocalcemia ;

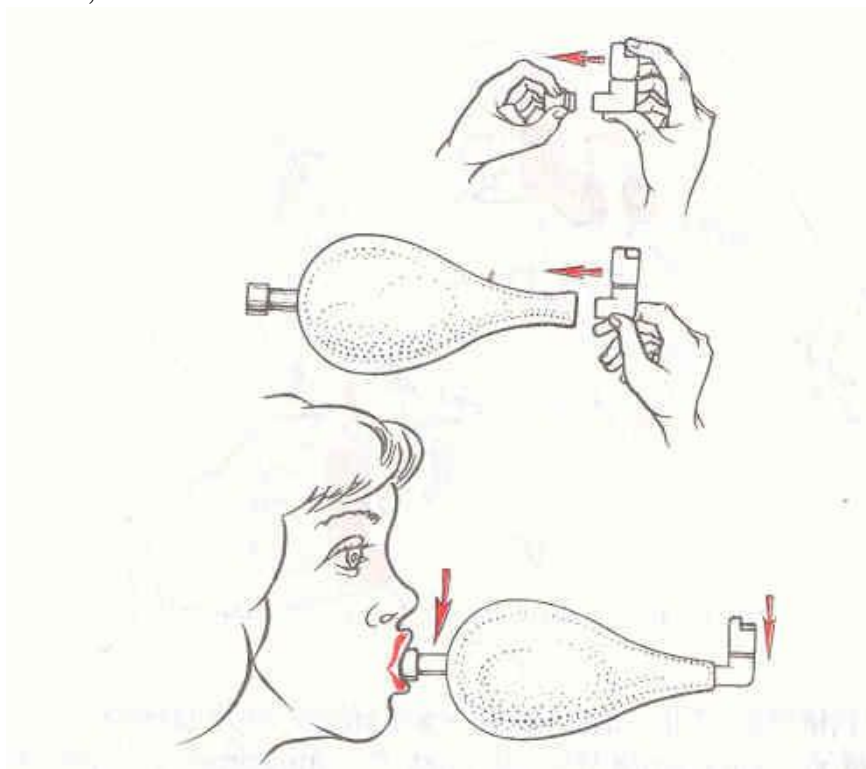


Fig. 34 Administrarea bronholiticului cu ajutorul spacer-ului (speiser).

Tratamentul de urgență

Tratamentul urmărește combaterea inflamației laringelui și evitarea obstrucției totale. Conduita în crup se face în funcție de starea copilului:

- Dacă copilul are unul din semnele de pericol (*nu poate bea sau suge piept, vomită după fiecare hrană sau băutură, are convulsii, este letargic sau fără conștiență*) – i se administrează de urgență un *preparat antibacterian* potrivit (cloramfenicol), o doză de *bronholic* cu acțiune rapidă, de preferință în aerosoli (Fig. 34) și apoi urgent se spitalizează.
- Dacă copilul nu prezintă semne generale de pericol – i se administrează un *bronholic* cu acțiune rapidă și peste 30 minute se apreciază repetat starea copilului. Dacă respirația rămâne accelerată pe fundalul temperaturii mai înalte de $37,5^{\circ}\text{C}$, copilului i se administrează timp de 5 zile tratament la domiciliu cu un *preparat antibacterian*, *bronholic* cu acțiune rapidă și remedii inofensive pentru umezirea gâtului și ușurarea tusei.
- Dacă la examinarea copilului peste 30 minute de la administrarea bronholiticului nu se apreciază respirația accelerată, tratamentul la domiciliu include doar remediu bronholic cu acțiune rapidă:

Vârsta sau greutatea	Salbutamol oral 3 ori pe zi 5 zile		Salbutamol în aerosoli
	Pastilă 2 mg	Sirop 2 mg în 5 ml	Inhalator 1 doză = 1 puf x 3 ori pe zi
21 – 12 luni 4-10 kg	1/2	2,5 ml	1 doză
12 l – 5 ani 10-19 kg	1	5mg	2 doze

Mamei i se oferă sfaturi referitor îngrijirii în condiții casnice. În încăperea se menține temperatura de 20-22°C, în timpul somnului cu 3-4°C mai joasă, încăperea se aerisește periodic. Se reduce contactul bolnavului cu alți copii și cu adulții (prevenirea superinfecției).

Alimentația copilului este obișnuită, în lipsa poftei de mâncare copilul nu va fi alimentat forțat. Volumul de lichid administrat se mărește deoarece trebuie să recupereze pierderile extrarenale majorate.

Picăturile vasoconstrictoare (soluții de Adrenalină, Efedrina, Galazolină, Sanorină) se administrează în debutul maladiei (1-2 zile), când eliminările nazale sunt lichide, abundente. În cazul eliminărilor nazale dense mai eficiente sunt picăturile indifferente - soluție izotonică de NaCl, care are o acțiune de lichifiere și eliminare a mucozităților.

Remediile antihistaminice sunt întemeiate numai în stările alergice.

Remediile antipiretice se administrează la creșterea temperaturii mai sus de 38,0°C.

Remedii antivirale - se administrează Interferon.

Terapia revulsivă: sinapisme, compresă caldă, băițe ferbinți la picioare, inhalații alcaline de 4-6 ori pe zi recomandă copiilor de vîrstă mai mare.

Remedii pentru ușurarea tusei:

- ceai cu miere;
- lapte cu bicarbonat de sodiu (1/2 linguriță la 200ml);
- mixtură de tuse;
- remedii comercializate de tuse;
- mucolitice (mucaltin, bromhexin, prospan, ambroxol etc.);

Conduita copiilor bolnavi în clinicele de copii

Copiii se află în permanență sub cortul de oxigen sau în saloane înzestrate cu conducte centralizate cu aflux de oxigen. În saloane se creează microclima prin nebulizări, deoarece aerul umidificat micșorează acțiunea toxică a oxigenului. Foarte efective sunt inhalațiile cu *fermenți proteolitici* (tripsină, hemotripsină, bronholitice -eufilin, salbutamol).

Terapia *hormonală* (prednizolon, dexometazon, hidrocortizon) se administrează în formele edematoasă-infiltrativă și alergică ale stenozei laringelui în doze respective de 2-5mg/kg.

Deoarece poate avea loc suprainfecția bacteriană se administrează *antibiotice* de tipul benzilpenicilinei, amoxicilinei, ampicilinei, gentamicinei, etc.

În cazurile cînd copiii sunt foarte neliniștiți li se administrează *sedative* - se instalează somnul medicamentos (la fiecare 3 ore se administrează sedative în combinație cu antihistaminice).

Dacă asistența de mai sus este neefectivă se recomandă *intubarea copilului* sau *traheotomia*.

Probleme posibile la micul pacient

- Dereglarea respirației;
- Dereglarea somnului;

- Micșorarea apetitului;
- Reacții neadecvate după spitalizare;
- Frica pentru eventualele manipulații;
- Riscul dezvoltării complicațiilor.

Probleme posibile la părinți

- Stare de alertă pentru sănătatea copilului;
- Cunoștințe insuficiente referitor îngrijirii în maladia dată;
- Aprecierea neadecvată a stării copilului.

Consilierea părinților

- Familiarizarea părinților cu privire la maladia dată;
- Convingerea părinților despre necesitatea spitalizării copilului;
- Consilierea părinților cu privire la îngrijirea corectă a copilului bolnav;
- Monitorizarea de către părinți a stării copilului: frecvența respirației, pulsul, culoarea tegumentelor, temperatura corporală, etc;
- Consilierea părinților cu privire la sanarea meaturilor nazale (lavajul cu soluție fiziologică, aspirarea mucozităților cu para de cauciuc), aplicarea sinapismelor, inhalățiilor cu aburi;
- Consilierea părinților cu privire la semnele de pericol pentru viață, care pot surveni la copil și adresarea de urgență la medic;
- Alimentația rațională a copilului;
- Suportul psihologic al părinților cât și al copilului bolnav.

BRONȘITA ACUTĂ

Bronșita este o afecțiune inflamatorie a arborelui bronșic cauzată de diferiți factori etiologici.

Clasificarea

Clasificarea bronșitelor acute include:

- Bronșită acută simplă;
- Bronșită acută obstructivă;
- Bronșiolită acută;

Se mai disting două forme de bronșite acute - *iritative* (apariția lor fiind determinată de influența factorilor chimici și fizici) și *alergice*.

Diagnosticul bronșitelor acute se bazează pe simptomele clinice ale inflamației bronhiilor fără semne ale afectării țesutului pulmonar.

Epidemiologia

Este determinată cel mai frecvent de infecțiile respiratorii virale acute, morbiditatea căror sporește primăvara și toamna, fiind dominate de virușii respiratori-sincițiali și paragripali. Frecvența bronșitelor provocate de micoplasme sporește de obicei la sfârșitul verii și toamna.

Infecției aerogene îi revine rolul principal în patogenia bronșitelor, însă nu mai puțin importantă este și acțiunea factorilor chimici și fizici asupra mucoasei bronhiilor, primordial

a aerului poluat și a fumatului pasiv. Predispoziția la bronșite este mai înaltă la copiii cu diferite manifestări alergice.

Bronșita acută simplă

Bronșita acută este un proces inflamator infecțios acut al mucoasei arborelui bronșic care evoluează fără semne clinice de obstrucție bronșică. Apare frecvent ca o manifestare clinică a unei viroze și rareori ca maladie separată. Incidența bronșitei acute simple constituie circa 100 de cazuri la 1000 de copii pe an. La copiii în vârstă de până la 3 ani incidența acestei maladii este de circa 20%.

Etiologie

Nu toți factorii etiologici, care provoacă viroze, posedă un tropism marcat față de mucoasa bronhiilor. La copiii primului an de viață factorii declanșatori ai bronșitei acute sunt virusul RS, paragripei tipul 3, citomegalovirusul, rinovirusul, virusul gripei. Un rol important în etiologia bronșitei acute la preșcolari și școlari are virusul rubeolei, adenovirusul și micoplasma. Uneori bronșita acută simplă poate fi provocată de bacilul hemofilic, pneumococi, stafilococi, streptococi, bacterii gram-negative. Bronșita acută poate fi și o stare de manifestare clinică a tusei convulsive.

Factorii predispozanți sunt răceala, aerul poluat, fumatul pasiv etc.

Patogenie

Virusurile, posedând un tropism specific față de epiteliul căilor respiratorii, prin multiplicarea lor, distrug celulele epiteliale, inhibă funcția de barieră a bronhiilor, reglarea lor neurologică, creează condiții pentru dezvoltarea proceselor inflamatoare de origine bacteriană.

Tabloul clinic

Manifestările clinice depind de factorul etiologic. Semnele de debut ale bolii sunt cefaleea, adinamia, creșterea temperaturii corpului. Apare rinita, faringita, uneori laringita, conjunctivita. Tusea este simptomul patognomonic - la început seacă, apoi (la a 3 – 5-a zi) umedă. Bolnavii prezintă acuze la dureri în cutia toracică, care se intensifică în timpul tusei. Percuția pune în evidență un sunet pulmonar clar, uneori cu o timpanită. Auscultativ se constată o respirație aspră pe fundalul căreia apar raluri uscate sau umede de calibrul mediu, cu dispariția la tuse forțată.

Explorări paraclinice

Analiza *hemogramei* demonstrează o leucopenie sau o leucocitoză moderată, VSH majorată.

Radiologie: se depistează o amplificare a desenului pulmonar în zonele hilului și postmediale ale plămânilor.

Funcția *respirației externe* este moderat modificată, capacitatea vitală și ventilarea maximală a plămânilor redusă cu 15-20%.

Diagnosticul

Se bazează pe datele anamnestice, tabloul clinic specific, modificările paraclinice. Explorările virusologice precizează etiologia bronșitei acute.

Diagnosticul diferențial

Se face cu:

- *Pneumonia*, simptomele caracteristice ale căreia sunt intoxicația pronunțată, febra persistentă timp de 3-4 zile, modificări ale respirației, tirajul cutiei toracice, semne fizice tipice (atenuarea sunetului percutor, persistența ralurilor umede de calibrul mic,

crepitația), depistarea focarelor infiltrative la examenul radiologic.

- *Mucoviscidoza*, forma pulmonară, semnele tipice ale căreia sunt habitusul specific al copilului (față de "păpușă", cutia toracică deformată, modificări trofice ale țesuturilor), cianoză, apnee, tuse chinuitoare cu eliminări de spută densă, purulentă, tahicardie, hepatomegalie, dereglări electrolitice ale transpiratului.
- *Corpii străini* în bronhii, sindrom de microabsorbție a laptelui. Afonia pe fundalul lipsei febrei și a intoxicației, ca regulă, indică prezența de corpi străini ai ductului respirator.

Tratamentul

- Repaus la pat în perioada febrei și 2-3 zile după normalizarea temperaturii corporale;
- Dietă cu includerea produselor lactate și vegetale, și excluderea ingredientelor extractive și alergice;
- Interferon leucocitar. În primele 2 zile 0,25 ml în ductul nazal fiecare 1,5-2 ore. În caz de infecție adenovirotică se administrează dezoxiribonuclează în fiecare narină câte 3-4 picături;
- În febră – remedii antipiretice în doze corespunzătoare vârstei;
- Mucoliticele se administrează în debutul bolii în caz de tuse uscată (Efidex o lingură la fiecare oră, maximum 30 ml/24 de ore; Efitusin o linguriță de 3 ori pe zi). La ameliorarea tusei se indică decocturi expectorante din plante medicinale;
- Terapia de "sustragere" - sinapisme pe cutia toracică, frecții cu unguent de calendulă etc;
- Vitaminoterapia (C, B₁, B₂) per os în doze majorate de 2-3 ori;
- Preparate antihistaminice pacienților cu manifestări alergice sau cu persistența ralurilor umede în plămâni;
- Terapia cu antibiotice nu este indicată. Poate fi administrată numai la copiii cu un fundal premorbid nefavorabil în caz de suspiciune a procesului patologic bacterian;
- Fizioterapia se administrează în staționar în perioada acută a bolii - microunde, iar în perioada de convalescență - electroforeză, iradiere cu raze ultraviolete.

Profilaxia

Constă în prevenirea virozelor și sporirea rezistenței specifice și nespecifice a organismului copilului.

PNEUMONIA ACUTĂ

Pneumonia acută este un proces inflamator al parenchimului pulmonar cu afectarea alveolelor și/sau a țesutului interstițial.

Din totalul afecțiunilor respiratorii la copii pneumoniile acute reprezintă 1-3 %, incidența maximă fiind la sugar și copilul mic. Morbiditatea prin pneumonii acute la copii în primul an de viață este de 10-15% la 1000 populație infantilă, la copiii de la 1-3 ani – de 15%-20% și la copiii mai mari de 4 ani este de 5-6%.

Morbiditatea prin pneumonii sporește în perioada epidemiilor de viroze, în special la sugari cu condiții precare ale sănătății (malnutriție, prematuritate, rahitism, anomalii de constituție, hipoplazii pulmonare etc.) și la copiii cu infecții nozocomiale.

Clasificarea (1998)

I. După factorul clinico-morfologic

- Bronhopneumonie lobulară (focală);
- Pneumonie lobular – confluentă;
- Pneumonie crupoasă (franco-lobară);
- Pneumonie interstițială;
- Pneumonie segmentară;

II. După etiologie

Provocate de bacterii de domiciliu, intraspitalicești, infecții perinatale, la copiii cu stări imunodeficitare.

III. După evoluție

- Acută (până la 6 săptămâni);
- Trenantă (6 săptămâni - 6 luni);

IV. După complicații

- *Pulmonare:*

Pleurezii, abcese, pneumotorax, edem pulmonar, atelectazie, distrucții pulmonare, Distres-sindrom etc.

- *Extrapulmonare:*

Encefalopatie, insuficiență cardiacă, nefrite toxice, hepatite toxice, anemie toxicoinfecțioasă, otită, meningită, enterocolită, ostiomielită, peritonită, artrită etc.

Etiologia pneumoniei

Etiologia în majoritatea cazurilor are caracter infecțios. Mai frecvent factorii etiologici sunt de caracter microbial, mai rar viral.

Rolul acțiunii infecției virale constă în afectarea (distrucția) preventivă a epiteliului aparatului respirator, suprimarea mecanismelor imune. Toate acestea pregătesc terenul pentru activizarea infecțiilor bacteriene, responsabile de dezvoltarea pneumoniei.

În conformitate cu vârsta în pneumoniile acute se întâlnesc următorii *factori etiologici*:

- La n.n. în primele zile de viață - Streptococul gr. B, Virusul Citomegalic, Herpetic, Micoplasma Hominis etc;
- La vârsta de 5 zile - 1 lună - stafilococul rezistent la antibiotice, bacteriile coliforme (Klebsiella, Enterobacter, E. coli), Protei, Citomegalovirus, V. herpes, RS-virus, Hlamidis trahomatis, Micoplasma hominis;
- De la 1 lună - 6 luni - Pneumococul, Stafilococcus, Haemofillus influenzae, RS-virus, Paragripal I și II, Citomegalovirus, Hlamidis etc;
- De la 6 luni - 5 ani - Pneumococul, stafilococcus viridans, RS-virus, adenovirus, Haemofillus influenzae, Herpes etc;
- După 5 ani - Pneumococcus influenzae, virusul gripal A,B, micoplasma pneumoniae, Hlamidis etc;

Mai frecvent se întâlnește Pneumococul (60-70%), Haemofilus influenzae (40-60%), enterobacteriile (10%) , stafilococi (8-10%). Mai rar pneumonia este provocată de viruși.

Factorii predispozanți

La copiii de vârstă fragedă sunt:

- Patologia perinatală gravă (hopoxia intrauterină, asfixia, traumele intracraniene);
- Malformații congenitale de cord;
- Mucoviscidoza;
- Anomalii de dezvoltare ale aparatului bronhopulmonar;
- Maladii imunodificitare și ereditare;
- Hipovitaminozele.

La copii de vârstă școlară:

- Răceală;
- Situațiile de stres;
- Focare cronice de infecții.

Patogenia pneumoniei acute

În evoluția pneumoniei acute se cunosc următoarele stadii (etape) de bază ale mecanismelor patogenice:

Faza I. Microorganismele pătrund în focarul inflamator obstructiv al căilor respiratorii superioare (nas, faringe, trahee, bronhii), afectează mucoasa, ceea ce conduce la hipersecreția mucusului vâcos traheobronșic. Scade funcția macrofagilor pulmonari, neutrofilelor, limfocitelor T din mucoasa respiratorie superioară, reducând astfel funcția imună locală. Aceasta contribuie la pătrunderea microbilor în țesutul pulmonar (alveole, interstiții).

Faza II este o etapă a inflamației nespecifice. Toxinele microbiene alterează funcția țesutului interstițial și alveolar prin apariția edemului, creșterea permeabilității vasculare. Se contractă mușchii netezi intraalveolari, generând obstrucția.

Faza III. La această etapă are loc activarea proceselor de oxidare a lipidelor, acizilor grași nesaturați și mai ales oxidarea surfactanului, care are funcția de a proteja alveolele prin distrugerea microbilor. Astfel reducerea surfactanului contribuie la acumularea lichidului în alveole și dereglarea schimbului de gaze.

Faza IV. Se micșorează ventilarea pulmonară ceea ce conduce la hopoxie și hipoxemie în organism cu dereglarea tuturor tipurilor de metabolism. Aceasta explică dezvoltarea insuficienței respiratorii prin apariția tahipneei.

Faza V. În insuficiența respiratorie plămânii nu sunt în stare să asigure la nivel normal componența gazoasă a sângelui, caracterizată prin cianoză.

Faza VI. Se dereglează funcția și metabolismul diferitor organe și sisteme (cardiovascular, digestiv, endocrin, excretor, ficatului etc).

Manifestările clinice

De obicei debutul pneumoniei este progresiv, deoarece este precedată de semne clinice ale unei infecții ușoare de etiologie virală a sistemului respirator superior, care se manifestă prin obstrucție nazală, secreții nazofaringiene, conjunctivite, otite medii, scăderea poftei de mâncare, tuse. În pneumonie acuzele respiratorii cresc pe măsură ce semnele infecției virale se reduc. Cu cât copilul este mai mic cu atât semnele caracteristice pneumoniei sunt mai puțin relevante sau chiar lipsesc.

În unele cazuri maladia poate avea un debut brutal cu semne specifice pneumoniei. Tabloul clinic se caracterizează prin semne respiratorii caracteristice, stare toxică, insuficiență respiratorie și simptomatică locală:

- **Tusea** devine mai persistentă, atât ziua cât și noaptea, în pneumonii tusea depășește 7-10 zile. Cel mai des este o tuse productivă, însă copilul expectorează rar. Cu cât copilul este mai mic cu atât prezența tusei indică o maladie a căilor respiratorii

inferioare. Tusea persistentă conduce la creșterea presiunii intraabdominale ce explică apariția vărsăturilor după tuse, mai ales la sugarii care au un sfincter esofagian inferior mai lax. În infecțiile respiratorii superioare tusea este de obicei nocturnă sau matinală, poate fi productivă ca urmare a mucozităților acumulate în rinofaringe.

- **Dispneea de tip expirator.** *Geamătul expirator* este un semn caracteristic în pneumonii (bronșiolite) la sugari și copiii mici, fiind un mecanism adaptativ. Apropierea corzilor vocale în expir conduce la creșterea presiunii intrapulmonare, care va preveni colabarea alveolelor inflamate. Astfel acest mecanism este similar ventilației asistate (artificiale).
- **Starea toxică** se caracterizează prin inapetență sau refuzul hranei, paliditate, facies toxic cu ochi încercănați, cefalee, apatie, iritabilitate sporită, astenie, alternarea stărilor de excitație și somnolență, diaree, vărsături epizodice, meteorism, febră;
- **Sindromul febril** (38°-39°C) în pneumonii depășește 2-3 zile, uneori induce convulsii la sugari și copilul mic. Menținerea febrei în pneumonii mai mult de 4-5 zile denotă dezvoltarea complicațiilor.
- **Durerea toracică.** Pneumonia lobară este însoțită de durere toracică mai intensă, sub formă de junghi, fiind determinată de iritarea pleurei. Pneumonia localizată în lobii superiori pot determina meningism.
- **Tahipneea.** Aprecierea numărului de respirații pe minut este un element important de evaluare clinică. Aprecierea se face timp de 1 minut la copilul în somn sau atunci când este liniștit, deoarece orice activitate influențează creșterea frecvenței respirației.
Conform datelor OMS tahipneea se consideră :
 - La sugarul mic până la 2 luni - 60 respirații /minut și mai mult;
 - La sugarul de la 2 luni la 12 luni - 50 respirații /minut și mai mult;
 - La copilul 1-5 ani - 40 respirații /minut și mai mult;
- **Tirajul cutiei toracice** (retracția toracică) apare datorită efortului sporit din partea mușchilor respiratorii. În formele mai severe la respirație se antrenează și mușchii sternocleidomastoidieni.
- **Cianoza.** Cauza cianozei este saturația insuficientă a hemoglobinei cu oxigen. Se apreciază cel mai bine la nivelul limbii, mucoasei bucale, regiunii periorale. În formele severe cianoza tegumentelor este generalizată, apar transpirații vâscoase. La copilul anemic acest semn poate lipsi.
- **Manifestările cardio-vasculare. Sunt determinate de reducerea schimbului de gaze în plămâni.** Se relevă prin tahicardie, TA scăzută, hepatosplenomegalie, edeme, cianoză, stare colaptoidă etc;
- **Auscultativ** se constată respirație aspră cu expir prelungit sau respirație bronhială, raluri umede buloase mici și crepitante, ce nu dispar la tuse. Lipsa ralurilor nu exclude pneumonia (în debutul PA ele pot apărea doar la 50% bolnavi) din cauza focarelor mici de infiltrație.
- La copiii după 2-3 ani și școlari examenul fizic oferă date mai specifice - scade excursia respiratorie în zona afectată, respirație este diminuată, apar raluri localizate.

Diagnostic paraclinic

În pneumoniile bacteriene hemograma pune în evidență leucocitoză ($>10 \times 10^9$) cu neutrofiloză (70-80%) majorarea VSH (>20 mm/oră).

Examenul radiologic va indica următoarele criterii de diagnostic în pneumonii:

- Îmbogățirea desenului pulmonar, reacția hilului pulmonar;
- Opacități omogene focare, confluențe, segmentare, lobare etc;
- În pneumonii atipice - focare neomogene;

Explorările bacteriologice și imunologice permit confirmarea diagnosticului etiologic al pneumoniei.

Criteria diagnostice ale diferitor forme de pneumonii acute

Bronhopneumonia în focar (lobulară) este cea mai frecventă formă și se produce preponderent la sugari și copilul până la 5 ani.

Tabloul clinic se caracterizează prin semne de intoxicație, semne catarale, febră, semne locale etc. Evoluția clinică este favorabilă, vindecarea survine la a 3-4-a săptămână, dacă copilul nu are maladii asociate.

Pneumonia segmentară se caracterizează prin afectarea unui sau mai multe segmente. Clinic această pneumonie se determină printr-o evoluție latentă, cu formarea atelectaziilor, dereglarea funcției de drenaj bronșic și predispunerea la pneumoscleroză parțială peste 6-8 luni de la debutul bolii. De aceea pneumonia segmentară necesită un tratament minuțios, deoarece procesul patologic se poate croniciza.

Pneumonia interstițială se caracterizează prin afectarea interstițiului pulmonar, fiind de etiologie virală, se dezvoltă la sugari și mai rar la sugarul mic. Tabloul clinic se caracterizează cu debut acut, stare gravă, febră, tahipnee marcată (80-100/min) cianoză periorală, tiraj al cutiei toracice, tuse chinuitoare cu spută albă la gură, bătăi ale aripilor nazale, convulsii. Semnele fizice pulmonare sunt însă foarte sărace. Schimbările radiologice se mențin până la 7-8 săptămâni. Pronosticul este rezervat. În unele cazuri se formează pneumoscleroză, ceea ce impune un tratament în condiții de staționar.

Complicații

- **Pulmonare:**
 - Pleurezia exudativă, distrucția pulmonară, pneumotoraxul, pneumomediastinum.
- **Complicații purulente extrapulmonare:**
 - Meningite purulente, osteomielite, artrite, otite, enterocolite, peritonite.
- **Complicații toxice extrapulmonare:**
 - Hepatite și nefrite toxice, anemie toxicoinfecțioasă, insuficiență cardiovasculară, encefalopatie toxicoinfecțioasă etc.

Principii de tratament a pneumoniilor acute la copii

✧ Regimul igienico-sanitar

Bolnavii vor fi izolați atât la spital cât și la domiciliu în încăperi luminoase, bine aerate, unde se menține temperatura de 18-22⁰C și o umiditate relativă prin atârănarea unui prosop umed (sau prin nebulizări). Se recomandă băuturi calde - ceai din mușetel, podbal și alte plante mucolitice.

✧ Regimul alimentar

În pneumoniile ușoare sau moderate alimentația rămâne nemodificată. Se evită alimentarea forțată a copilului. În perioada de febră cantitatea de lichide se mărește cu 20% comparativ cu necesitățile fiziologice. La sugari cantitatea de lichide se mărește cu 200-300 ml pe zi. Suplimentar se recomandă sucuri, ceai cu lămâie, rehidron, oralit. În caz de vomă, diaree se recomandă rehidratarea orală cu soluții SRO și numai în formele cu deshidratare marcată - infuzie endovenoasă. Cantitatea de lichid administrată în pneumoniile grave cu scop de detoxicare nu trebuie să depășească 50-60 ml/kg / zi.

✧ **Tratamentul Insuficienței Respiratorii**

Se realizează prin următoarele procedee:

- Dezobstruarea căilor respiratorii prin aspirație;
- Aeroterapia. Se practică aerisirea saloanelor, plimbarea copiilor pe terase. Pe vreme bună copilul se va afla afară timp de 4-6 ore. Nu se recomandă aeroterapia la temperatura aerului sub + 5°C, vânt puternic, ceață.
- În insuficiența respiratorie moderată sau gravă se recomandă oxigenoterapia, care îmbunătățește funcția cordului și vaselor sangvine, scade efortul respirator. Oxigenul poate fi administrat prin următoarele metode:
 - Prin sondele nazale (utilizarea este 20-30%).
 - Prin sonde nazofaringiene (utilizarea 45%).
 - Prin mască (se utilizează O₂ - 20-50%).
 - Sub cort (utilizarea 30-70%).

Acțiunea toxică a O₂ se micșorează dacă aerul se umidifică. Concentrațiile mari de O₂ pot produce amețeli, hipersalivație, vărsături, spasme etc.

Este foarte important de a realiza *permiabilitatea căilor respiratori*. Pentru aceasta este necesar de a aspira secrețiile nazofaringiene și de a păstra reflexul de tuse. Tusea poate fi provocată prin respirație profundă, schimbarea poziției corpului, drenaj postural (Fig. 35), topotări toracice.

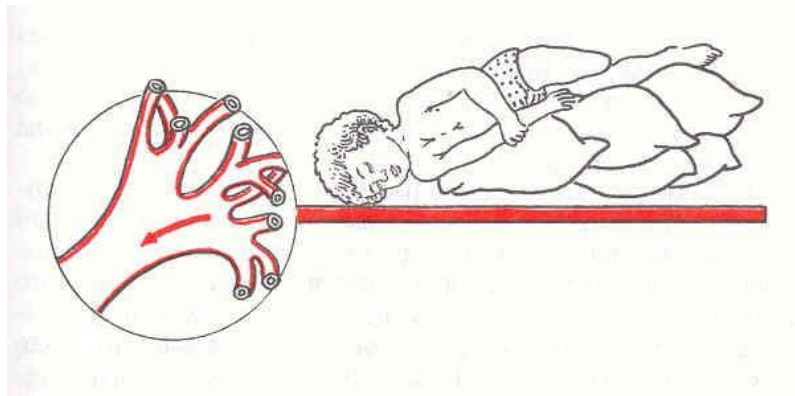


Fig. 35 Drenajul postural

În caz de spută viscoasă pentru fluidificarea ei sunt indicate remedii expectorante, mucolitice (acetilcisteină, mucaltin, mucocistină, ambroxol, bromhexin, prospan, efîtusină, decocturi fitoterapeutice), inhalatii cu aerosoli și microclimat prin nebulizări. Foarte efective sunt inhalatiile cu fermenți proteolitici (tripsină, himopsină), care lichefiază mucusul.

Remediile antitusive sunt contraindicate în pneumonii.

✧ **Terapia antibacteriană**

Administrarea antibioticului depinde de agentul patogen și de vârsta copilului.

- În PA fără complicații a sugarului mai mare de 6 luni se dă preferință penicilinei, amoxicilinei, ampicilinei etc. câte 100000 - 150000 UI/kg. Penicilinele rămân antibioticele de elecție în tratamentul pneumoniilor pneumococice. Lipsa efectului curativ în 24 - 36 ore va suscita suspendarea penicilinei și administrarea combinației de aminoglicozide (gentamicină, amikacină, tobramicină) și cefalosporine din generația 1-3. Terapia inițială se va reevalua după stabilirea etiologiei prin explorări bacteriologice.

- La nou-născuți și la copiii în primele 6 luni de viață tratamentul la început va fi asociat: peniciline și cefalosporine sau în asociere cu aminoglicozide (gentamicină etc).

- In pneumoniile grave confluențe de spital la copiii cu antecedente de maladii supurative de origine stafilococică se recomandă tratament cu antibiotice din grupa cefalosporinelor

(cefalexina, cefuroxin, cefotaxim, ceftriaxon), augmentin, azlocilin, piperacilină, rovamycină etc.

- În pneumoniile afebrile provocate de obicei de *Chlamydia* sunt efective eritromicina și sulfanilamidele (biseptol etc).

- După vârsta de 5 ani se recomandă tetraciline, care au un spectru larg de acțiune.

Remediile antibacteriene pot fi administrate în 2-4 prize.

Tratamentul îndelungat cu antibiotice conduc la dezvoltarea dismicrobismului. În așa caz se administrează lactobacterin, iticol, antisuptol pe o perioadă de 2 săptămâni până la 2 luni. Creșterea nivelului de candida pe fon de antibiotice necesită administrarea preparatelor antifungice (nistatin, antifungin) în decurs de 10-20 zile.

Durata antibioticoterapiei: în formele necomplicate tratate la domiciliu, după normalizarea temperaturii se mai administrează 3-5 zile. In formele complicate – de la 3 săptămâni până la 1,5-2 luni. In formele ușoare se recomandă administrarea orală a antibioticelor.

Criteria de anulare a antibioticelor

- Normalizarea t° în decurs de 2-3 zile;
- Resorbția focarelor de pneumonie la radiografie;
- Normalizarea nivelului VSH la sugari și tendința spre normalizare la copiii mai mari.

În pneumoniile stafilococice abscedante se indică gama-globulina antistafilococică i/m 5-20 UA în decurs de 5-7 zile.

Preparatele din sânge se administrează numai după indicații vitale.

✧ **Fizioterapie**

Fizioterapia are o valoare extrem de limitată în strategia terapeutică a pneumoniilor la copii, trebuie folosită cu precauție din cauza dezvoltării pneumosclerozei. Pentru reabsorbția procesului inflamator se administrează electroforeză cu acid nicotinic, acid ascorbic, clorură de calciu de 2,5%, extract de aloe etc;

✧ **Imunomodulatoare:**

Decaris 50-100 mg/zi de 2 ori pe săptămână; T-activin, timalin etc;

✧ **Terapie sindromatică**

Se efectuează în febră, convulsii, meteorism, vomă, cefalee etc. Sindromul febril este controlat de antipiretice (paracetamol, coctailuri litice) ajustate la metodele fizice hipotermizante.

Conduita copilului pînă la vârsta de 5 ani bolnav de pneumonie la nivel de asistență medicală primară (conform recomandărilorOMS)

Copilul cu tuse sau respirație dificilă inițial trebuie apreciat după semnele generale de pericol (convulsii, copilul nu poate bea sau suge piept, vomită după fiecare hrană sau băutură, letargic sau fără conștiență). Un astfel de copil poate avea o pneumonie foarte severă. După verificarea semnelor generale de pericol se apreciază următoarele semne clinice:

- Frecvența respirației pe minut
- Tirajul cutiei toracice
- Stridor
- Respirație astmatiformă.

Clasificarea tusei sau respirației dificile în lipsa respirației astmatiforme

Examinând primar copilul după aceste criterii, specialistul medical va clasifica maladia copilului în una din cele 6 categorii, care prevăd anumite măsuri:

1. Pneumonie severă sau maladie foarte gravă – include copiii care manifestă tuse sau respirație dificilă, orice semn general de pericol, sau oricare din semnele: tirajul cutiei toracice sau stridor în repaos. Așa copii cu ***Pneumonie severă sau maladie foarte gravă*** au risc sporit de a deceda. De aceea ei se spitalizează de urgență pentru administrarea preparatelor antibacteriene injectabile.

Tratamentul urgent prespitalicesc include administrarea primei doze de preparat antibacterian potrivit (amoxicilina sau cloramfenicol) și spitalizarea urgentă a copilului.

2. Pneumonie – Această grupă include copiii cu tuse sau respirație dificilă, care manifestă doar respirație accelerată.

Tratamentul se indică la domiciliu și cuprinde următoarele: administrarea preparatului antibacterian (amoxicilina) timp de 5 zile, umezirea gâtului și ușurarea tusei cu remedii inofensive etc. Deasemenea mamei se oferă sfaturi referitor îngrijirii corecte a sugarului (lenjerie curată din fibre naturale, deridicarea umedă în odaie, aerisire etc.) După întrebările de control oferite mamei și asigurarea că ea a memorizat tratamentul, i se mai explică, că peste 2 zile copilul va fi adus la medic pentru evaluarea stării lui. Mama va aduce copilul mai devreme dacă infecția progresează, apar semnele de pericol.

Dacă peste 2 zile de la inițierea tratamentului starea copilului s-a îmbunătățit se continuă tratamentul la domiciliu;

Dacă peste 2 zile starea copilului se agravează (apar semne de pericol, tirajul cutiei toracice sau stridor) copilul se spitalizează pentru tratament în condiții de staționar.

3. Pneumonie negativ. Tuse sau răceală. Se atribuie copiilor la care nu sunt prezente semne de pneumonie sau maladie foarte gravă. La ei se observă tuse sau răceală.

Tratamentul la domiciliu include remedii inofensive pentru atenuarea durerii în gât și a tusei. Mamei se oferă sfaturi referitor îngrijirii copilului la domiciliu, se explică când să revină imediat. Vizita repetată - peste 5 zile, în lipsa ameliorării. De obicei copiii cu răceală se însănătoșesc peste 1-2 săptămîni. Dacă tusea persistă mai mult de 30 zile, copilul este îndreptat la investigații în policlinică deoarece poate avea tuberculoză, pertussis sau altă maladie. De asemenea mamei se oferă recomandății în privința îngrijirii copilului în condiții casnice;

Clasificarea tusei sau respirației dificile dacă este R astmatiformă

Dacă este R astmatiformă și copilul prezintă semne generale de pericol maladia se clasifică ca **Pneumonie severă sau maladie foarte gravă** și se tratează corespunzător.

Dacă este R astmatiformă și copilul nu prezintă semne generale de pericol:

- Se administrează un bronholic (salbutamol) cu acțiune rapidă;
- Peste 30 minute se apreciază starea copilului;
- Se clasifică și se decide tratamentul ulterior.

Clasificarea tusei sau respirației dificile cu respirație astmatiformă peste 30 min.

4. Pneumonie severă sau maladie foarte gravă – include copiii care manifestă tuse sau respirație dificilă, orice semn general de pericol, sau oricare din semnele: tirajul cutiei toracice, stridor în repaus.

Tratamentul:

- spitalizare urgentă;
- administrarea primei doze de preparat antibacterian potrivit;
- repetați administrarea unei doze de bronholitic cu acțiune rapidă înainte de spitalizare.

5. Pneumonie. Include copiii cu respirație accelerată cu sau fără respirație astmatiformă și temperatura 37,5 °C și mai sus. Respirația accelerată la copilul cu respirație astmatiformă poate fi din cauza efortului, de aceea prezența ei nu este un semn de pneumonie. Însă temperatura axilară mărită este un indice probabil mai mare pentru pneumonie.

Tratamentul la domiciliu cuprinde următoarele indicații: administrarea preparatului antibacterian (amoxicilina) timp de 5 zile, administrarea unei doze de bronholitic cu acțiune rapidă plus salbutamol oral timp de 5 zile, dacă este respirație **astmatiformă**, umezirea gâtului și ușurarea tusei cu remedii inofensive etc. De asemenea mamei se oferă sfaturi referitor îngrijirii corecte a sugarului (lenjerie curată, deridicarea umedă în odaie, aerisire etc.)

După întrebările de control oferite mamei și asigurarea că ea a memorizat tratamentul, i se mai explică, că peste 2 zile să aducă copilul la medic pentru evaluarea stării lui. Mama va aduce copilul mai devreme dacă infecția progresează, apar semnele de pericol.

Dacă peste 2 zile de la inițierea tratamentului starea copilului s-a îmbunătățit se se continuă tratamentul la domiciliu;

Dacă peste 2 zile starea copilului se agravează (apar semne de pericol, tirajul cutiei toracice sau stridor) copilul se spitalizează pentru tratament în condiții de staționar.

6. Pneumonie – negativ. Respirație astmatiformă. Include copiii care manifestă după administrarea bronholiticului doar respirație astmatiformă. *Tratamentul la domiciliu include următoarele indicații:* Salbutamol oral timp de 5 zile, umezirea gâtului și ușurarea tusei cu remedii inofensive. Dacă tusea persistă mai mult de 30 zile - copilul este îndreptat la investigații. Mamei i se explică, că peste 2 zile copilul va fi adus la medic pentru evaluarea stării lui. Copilul va fi adus mai devreme dacă starea se agravează, apar semnele de pericol.

Dacă peste 2 zile de la inițierea tratamentului starea copilului s-a îmbunătățit, se continuă tratamentul la domiciliu.

Dacă peste 2 zile starea copilului se agravează (apar semne de pericol, tirajul cutiei toracice sau stridor) copilul se spitalizează pentru tratament în condiții de staționar.

Dacă peste 2 zile persistă respirația astmatiformă, copilul este îndreptat la investigații.

Pronostic

În pneumonii acute este favorabil. In cazurile grave cu complicații letalitatea este de aproximativ 1%.

Probleme posibile la micul pacient

- Dereglarea respirației;
- Dereglarea somnului;
- Micșorarea apetitului;
- Reacții neadecvate după spitalizare;
- Frica pentru eventualele proceduri;
- Riscul dezvoltării complicațiilor.

Probleme posibile la părinți

- Stare de alertă pentru sănătatea copilului;

- Cunoștințe insuficiente referitor îngrijirii în maladia dată;
- Aprecierea neadecvată a stării copilului.

Consilierea părinților

- Familiarizarea părinților cu privire la evoluția pneumoniilor la copii;
- Convingerea părinților despre necesitatea spitalizării;
- Consilierea părinților cu privire la îngrijirea corectă a copilului bolnav (igiena încăperii, aerisirea, menținerea temperaturii constante de 20-22 °C, umidificarea aerului etc);
- Monitorizarea de către părinți a stării copilului: frecvența respirației, pulsul, culoarea tegumentelor, temperatura corporală, etc;
- Consilierea părinților cu privire la sanarea meaturilor nazale (lavajul cu soluție fiziologică, aspirarea mucozităților cu para de cauciuc), aplicarea sinapismelor, inhalățiilor cu aburi (după 5 ani);
- Instruirea părinților referitor efectuării drenajului postural;
- Consilierea părinților cu privire la semnele de pericol pentru viață, care pot surveni la copil și adresarea de urgență la medic;
- Alimentația rațională a copilului (alimente ușor asimilabile, pauze în timpul alimentației, alimentarea la cerere etc) ;
- Suportul psihologic al părinților cât și al copilului bolnav.

Profilaxia

- Prevenirea infecțiilor respiratorii virale;
- Alimentația rațională;
- Călirea, efectuarea gimnasticii;
- Imunoprofilaxia la termen;
- Sanarea focarelor cronice de infecție.

Dispensarizarea

Copiii care au suportat o pneumonie acută necomplicată suscită o supraveghere medicală din partea medicului de familie pentru o perioadă de 3 luni după vindecare.

Copiii care au suportat pneumonii trenante cu sechele pulmonare vor fi supravegheați până la 1 an, fiind examinați odată în trimestru (hemograma, radiografia).

ASTMUL BRONȘIC (AB)

Astmul bronșic este o maladie cronică inflamatorie a căilor respiratorii cu hiperreactivitatea bronhiilor, care conduce la episoade repetate de respirație dificilă, zgomotoasă sau șuierătoare, senzație de strângere în piept, tuse, îndeosebi noaptea și dimineața.

Accesele de astm sunt determinate de obstrucția difuză a bronhiilor, cu diferite grade de manifestare, reversibilă spontan sau sub influența tratamentului. La copiii de vârstă fragedă AB se manifestă mai mult ca o bronșită obstructivă datorită particularităților anatomo-fiziologic cu tuse nocturnă periodică. La preșcolari AB poate fi numit *de trecere* și abea la școlari AB decurge ca la adulți. Perioada critică este considerată vârsta pubertară.

AB este cea mai răspândită boală cronică nespecifică a plămânilor. În ultimii 20 ani în lume a sporit de 3 ori numărul copiilor cu AB. În Moldova anual se depistează circa 1000 de cazuri noi de astm bronșic, dintre care 7-19% sunt copii. Prevalența totală a AB în lume este de 7,2%, la copii fiind de 10%. Mai frecvent AB se observă la băieți. La 80-90% de copii bolnavi primul epizod al bolii s-a dezvoltat până la vârsta de 5 ani.

Forme clinice

Astmul bronșic se clasifică în funcție de etiologie, gradul de severitate, dereglarea funcțiilor respiratorii:

În funcție de etiologie:

- AB intrinsec – alergic;
- AB extrinsec – non alergic;

În funcție de severitate:

- *AB ușor persistent* (Manifestările clinice apar mai rar de 1 dată/săptămână, exacerbări de scurtă durată, simptome nocturne mai rar de 2 ori pe lună);
- *AB intermitent* (Manifestările clinice apar mai frecvent de 1 dată/săptămână, dar nu mai des de 1 dată pe zi, exacerbările afectează activitatea și somnul, simptome nocturne mai des de 2 ori pe lună);
- *AB moderat persistent* (Manifestările clinice apar zilnic, exacerbările afectează activitatea și somnul, simptome nocturne mai des de 1 dată pe săptămână);
- *AB sever persistent* (Manifestările clinice apar zilnic, exacerbările frecvente, simptome nocturne frecvente, activitate fizică limitată);

Mai poate fi:

- *AB corelat cu sezonul anului* (exacerbările sunt mai frecvente într-un oarecare timp al anului, de regulă primăvara și vara);
- *AB cu tuse ca semn clinic predominant* (Tusea este predominant nocturnă, în timpul zilei starea generală poate fi satisfăcătoare).

Factorii de risc

- Stări alergice: dermatită atopică, rinită atopică, alergii alimentare, hipersensibilitate la alergeni absorbiți prin inhalare;
- Infecții virale frecvente;
- Afecțiuni severe ale sistemului respirator ca pneumoniile, bronșiolitele;
- Apartenența de sex masculin;
- Factori de mediu (umiditate sporită, poluarea aerului etc);
- Suprasolicitarea psihică și fizică a organismului copilului;
- Tabagismul pasiv;
- Astmul la părinți;

Un factor de risc major pentru astmul bronșic îl constituie *atopia* care exprimă predispoziția familială față de unele maladii alergice. Atopia se întâlnește la circa 20-40% ființe umane și aproape la toți copiii cu astm bronșic.

Actualmente s-a constatat că astmul bronșic este o afecțiune ereditară. Copiii, care au părinți astmatici au riscul de a dezvolta astm bronșic de 2-6 ori mai mare decât cei din populația generală.

Mecanismul apariției crizei AB

Veriga principală în patogenia maladiei o constituie procesul inflamator al căilor respiratorii cu caracter cronic de origine alergică. Ca răspuns la acțiunea unor factori alergici, bronhiile suferă următoarele modificări:

- Musculatura se contractă, provocând *bronhospasm*;
- Glandele încep să secrete mucus în exces (*hipersecreție bronșică*);
- Peretele bronșic se îngroașă din cauza *edemului și inflamației mucoasei*.

Această hiperreactivitate bronșică manifestată prin bronhoconstricție conduce la micșorarea diametrului bronșic cu apariția accesului de astm. Inflamația căilor respiratorii în AB se menține în permanență.

Manifestările clinice ale AB

În evoluția bolii se deosebesc următoarele perioade:

1. Perioada prodromală

Durează de la câteva ore pînă 2-3 zile și se caracterizează prin instabilitate emoțională, indispoziție, iritabilitate, insomnie. La unii copii se instalează o stare de inhibiție, astenie, anxietate.

Se depistează și manifestări vegetative ca paliditatea, hiperemia feței, transpirații abundente, aritmie respiratorie, cefalee, greață, vomă etc. Pe fundalul acestor semne apar semnele discomfortului respirator: prurit nazal, strănut, rinită, gîdilituri în gît, senzație de compresie toracică, dificultăți la inspirație și expirație.

2. Perioada de stare

Se instalează accesul de tuse chinuitoare, care poate dura de la 30 minute pînă la câteva ore. De obicei începe noaptea sau la orele 4-6 dimineața.

Semnele clinice în timpul accesului sunt variate:

- **Wheezing** - Respirația este dificilă, bradipneică, zgomotoasă, șuierătoare la expir. La trecerea aerului sub presiune prin bronhiile îngustate, se produc zgomote cu tembru înalt (fluierături), iar excesul de secreții produc alte zgomote cu tembru mai jos (asemănător cu *torsul pisicii* sau cu *zgomotul din cuștile porumbeilor*). *Wheezingul este semnul cardinal al AB.*
- **Dispneea** – în astm este expiratorie, însoțită de participarea mușchilor respiratori accesorii.
- **Sufocarea** – înădușeală. Pe măsură ce crește bronhoconstricția devine tot mai dificilă și inspirația, așa încît bolnavul are senzația că nu poate da aerul afară și nu poate nici să-l mai tragă în piept (senzația de sufocare). În același timp se secretă în exces un mucus vîscos care nu poate fi eliminat.
- **Tusea** – reprezintă un act reflex de protecție, ce are scopul evacuării secrețiilor bronșice din căile respiratorii. Deoarece secrețiile sînt foarte vîscoase și se rup cu greu, tusea este puternică și prelungită; abia cînd criza ia sfîrșit, secrețiile devin mai fluide și se elimină sub formă de spută albicioasă, în cantități mici.
- **Poziția copilului** în timpul accesului este forțată – bolnavii preferă să se așeze.
- **Toracele este mărit** în volum, are aspect bombat. Se vizualizează flotația aripilor nazale, turgescența vaselor sangvine magistrale ale gîtului.
- **Tegumentele** sînt palide, transpirate cu apariția peteșiiilor, uneori cu cianoza periorală, acrocianoză.
- **Respirația nazală** dificilă cu sau fără eliminări apoase, prurit nazal.
- **Neliniște, agitație**, senzație de frică de moarte.

Durata crizei este în general de 1-2 ore, cu un maxim de intensitate de 20-30 minute. Treptat survine ușurarea, copiii încep să expectoreze o spută transparentă, la început

spumoasă apoi mai densă. Dacă accesul la copil nu a fost cupat timp de 6 ore această stare se consideră *status astmaticsus*. Starea general între accese este modificată, copiii sunt inhibați, acuză astenie, somnolență.

Semnele clinice se pot agrava la acțiunea factorilor declanșatori cunoscuți: polen, praf de casă, puf de păsări, blană de animale, mucegai, efort fizic, infecții virale, fum de țigară, preparate chimice etc.

Particularitățile psihoemoționale ale copilului cu astm

- **Anxietate.** Pentru un copil *anxios* este tipic o sensibilitate exagerată, o subestimare. Ei suportă greu propriile insuccese, sunt sfioși, timizi;
- **Frică.** Copiii pot avea frică de moarte, întuneric, apă etc, care se accentuează seara sau noaptea, când copilul rămâne singur;
- **Panică.** Copilul are *atac de panică* are sentimentul de sufocare, are frison, transpiră abundent, vomită sau are diaree;
- **Depresie.** Copilul cu *depresie* acuză slăbiciuni, nu poate adormi sau este permanent somnoros, este capricios, plîngăreț, se mișcă mai lent, preferă să stea culcat;
- **Agresivitatea.** Copilul *agresiv* pierde controlul asupra propriului comportament, se ceartă cu adulții, refuză să respecte anumite reguli, să urmeze tratamentul, este emotiv.

Tratamentul AB

Astmul poate fi tratat și controlat astfel încât cel mai mulți pacienți pot:

- ✧ preveni simptomele astmatice de zi și de noapte;
- ✧ preveni crizele severe;
- ✧ reduce consumul de medicație bronhodilatatoare cu acțiune rapidă;
- ✧ menține o funcție pulmonară normală;
- ✧ menține o viață productivă și fizic activă;

Evitarea alergenilor din mediul casnic

- **Praful de casă** – renunțarea la obiecte care acumulează praf, excluderea din locuință a florilor de cameră, înlocuirea covoarelor cu linoleum, parchet lăcuit; renunțarea la draperii; în perioadele polenice ferestrele și ușile trebuie ținute închise; aerisirea regulată a încăperilor; efectuarea curățeniei cu aspirator; ștergerea prafului cu cârpa umedă zilnic.
- **Acarienii** – salteaua de dormit trebuie să fie nouă, sintetică, pernele din material sintetic și spălate o dată pe săptămână în apă fierbinte; plapuma nouă, îmbrăcată în husă; lenjeria de pat, jucăriile moi se spală săptămânal cu apă fierbinte cu adăugarea substanței *Acaril*, prelucrarea chimică în încăperi.
- **Mucegaiul** – pereții trebuie să fie fără mucegai; ventilarea și curățenia sistematică în baie, bucătărie; renunțarea la covorașe, plapume cu miros stătut; reducerea umezelii în casă.
- **Alergenii animalelor** – renunțarea la animalele de casă, acvarii, colivii, evitarea contactului direct și indirect cu părul de cal, lână de oaie, capră.
- **Insectele și alergenii lor** – copiii nu au voie să umble desculți prin iarbă, trebuie să poarte încălțăminte.
- **Evitarea alergenilor din mediul extern:** a noxelor atmosferice, plimbările se fac în zone ecologic pure, evitând timpul uscat, cu vânt.

- **Polenul** – sunt indicate plimbările după ploaie; închiderea geamului în dormitor noaptea și pe timp uscat, cu vânt.
- **Profilaxia infecțiilor virale și bacteriene** – evitarea contactului cu bolnavii infectați viral sau bacterian; evitarea spațiilor aglomerate; prelucrarea ducturilor nazale cu unguent oxolinic; profilaxia nespecifică a infecțiilor respiratorii, profilaxia și tratamentul helmintiazelor.
- **Evitarea factorilor de stres.**

Dieta hipoalergică

Se exclud din rația alimentară:

- condimentele și produsele cu proprietăți sensibilizante înalte: muștarul, sosuri, maioneza, oțetul, ceapa, usturoiul, hreanul, piperul, zahărul, sarea iodată;
- produsele ce conțin aromatizanți, conservanți, coloranți (marmelada, creme, torte, cipsuri, bomboane);
- substanțe extractive: zeama, bulionul de carne;
- peștele, scrumbia, racii;
- bucatele prăjite, grase și picante, conservele, afumăturile, murăturile;
- salamuri, mezeluri, ficatul, rinichii, creierul;
- ouăle și produsele ce conțin ouă;
- băuturile : siropuri, sucuri de fructe, apă gazată colorată;
- laptele și produsele lactate: iaurtul, cașcavalul;
- legumele: ridichea, sfecla, tomate, ardei, ciupercile;
- citricele, căpșunele, zmeura, coacăza;
- cafeaua, cacao, ciocolata;
- mierea de albine, dulceața, magiunul;
- copturile proaspete, dospite, clătitele.

Interdicția alimentară poate fi temporară sau pe termen lung. La sugar și copilul mai mic de 2 ani se încearcă reîntroducerea produselor excluse după 6 luni – 1 an.

Principiile de introducere a alimentelor noi:

- copilul este în remisia astmului, nu are erupții alergice pe piele;
- se introduce câte un produs la 5-7 zile, începând de la cantități mici, mărindu-le progresiv;
- La copilul mai mare de 2 ani reîntroducerea produselor alergice se face peste 1-2 ani de la excludere.

Produsele alimentare recomandate:

- carne de vită, de iepure, curcan, pasăre;
- produse acidolactice: lapte acru, iaurturi fără fructe, chefir, bifidoc, brânză, smântână, frișcă ;
- crupele de orez, arpacaș, orz, hrișcă ;
- pastele făinoase nedospite, fără ouă;
- fructele și legumele de culoare verde: cartofii, merele, dovleacul, perele, prunele, varza;
- sucuri diluate din fructe și legume;
- unt, ulei vegetal rafinat, dezodorizat;
- pâine de grâu de calitate a doua, fulgi de orez, porumb, pesmeți;

Bucatele se vor prepara din produse proaspete, fiind fierte, înăbușite, coapte, se vor servi la temperatura 20-40⁰C, de 4-5 ori pe zi.

Igiena copilului cu astm

Igiena copilului cu astm este orientată spre reducerea alergizării și evitarea acutizării bolii:

- Pentru igiena personală se folosește șampon, creme, loțiuni hipoalergice;
- Baia se recomandă de efectuat săptămânal. Se interzice folosirea produselor igienice cu mirosuri puternice, spumantelor;
- Dinții se curăță de 2-3 ori pe zi cu paste hipoalergice și cu periuțe de păr natural. Periuțele se schimbă lunar și se sterilizează săptămânal;
- Zilnic se va efectua toaleta intimă. Copiii de la vîrstă fragedă vor fi învățați să efectueze această procedură corect în dependență de sex;
- Hainele copilului trebuie să fie confecționate din fibre naturale, schimbate zilnic, spălate la temperatura de 60⁰C, apoi bine clătite, uscate la soare și călcate;
- Nu se recomandă folosirea cosmeticii;

Tratamentul medicamentos

Există două tipuri de medicamente utilizate în tratamentul astmului bronșic:

- ◇ *Remedii bronhodilatatoare* pentru reducerea sindromului bronhoobstructiv;
- ◇ *Remedii antiinflamatorii* pentru reducerea inflamației bronșice.

1. Remedii bronhodilatatoare - medicamente care lărgesc căile respiratorii. Aceste medicamente nu produc efecte asupra evoluției bolii, ele sunt orientate spre lichidarea simptomelor de obstrucție bronșică în accesele de astm. Acționează rapid în jugularea crizelor de astm, reduc sufocarea, dispneea, tusea. Bronhodilatatoarele sunt numite *salvatori* în crizele de astm și produc următoarele efecte:

- ◇ *lărgesc tubii bronșici;*
- ◇ *reduc spasmul prin relaxarea mușchilor bronșici;*
- ◇ *reduc dereglările de respirație;*
- ◇ *micșorează insuficiența de aer;*
- ◇ *contribuie la restabilirea fluxului de aer și ușurează tusea.*

Folosirea frecventă și necontrolată a bronhodilatatoarelor poate produce următoarele efecte adverse:

- ◇ *nervozitate;*
- ◇ *dereglări de somn;*
- ◇ *dureri de cap;*
- ◇ *bătăi de inimă neregulate.*

Medicația bronhodilatatoare

- **Cu durată scurtă de acțiune:** *Salbutamol* – aerosol, pastile, sirop; *Fenoterol* – aerosol; *Terbutalin* – aerosol, pastile, injecții, sirop;
- **Cu durată lungă de acțiune:** *Salmeterol* – aerosol; *Formoterol* – aerosol; *Clenbuterol* – pastile, sirop;
- **Anticolinergice:** *Ipratropium bromid* – aerosol, pastile, injecții; *Ipratropium +Fenoterol* – aerosol; *Tiotropium bromid* – aerosol;
- **Teofiline cu durată scurtă de acțiune:** *Aminofilină* – pastile, injecții;

- **Teofiline cu eliberare lentă:** *Teofilină retard* – pastile, capsule.

2. **Medicația antiinflamatoare**

- **Medicația antiinflamatoare steroidiană:** Beclometazone (Becloforte) – aerosol; Budesonide (Inflacort, – aerosol, turbuhaler); Flunisolide (Inhacort) – aerosol; Kenalog – pastile, injecții; Betametazon (Berlicort) – pastile, injecții; Dexametazon – injecții; Prednizolon – pastile, injecții.
- **Medicația antiinflamatorie non-steroidiană:** Intal – aerosol, capsule; Ditec – aerosol; Cromoglicat+Salbutamol (Intal plus) – aerosol.

3. Remedii antihistaminice: Ketotifen, Loratadin, Cetirizin (Zirtec). Sînt indicate copiilor cu astm asociat de manifestări alergice, rinite alergice în perioadele de acutizare. Ele au acțiune antialergică, reduc manifestările cutanate alergice, reduc spasmul musculaturii bronșice, previn edemul alergic și secreția bronșică.

4. Mucoliticele și expectorantele: Ambroxol, Bromhexin etc. Sînt indicate copiilor astmatici cu tuse pronunțată. Ele au efect antiinflamator, scad vîscozitatea sputei, tusea devine productivă, cu expectorații, se restabilesc funcțiile respiratorii.

Tratamentul la domiciliu al acceselor de astm

Crizele astmatice reflectă de obicei insuficiența tratamentului de control sau expunerea la un factor cauzal. Acutizarea astmului poate progresa în cîteva ore sau zile, dar uneori se produce foarte rapid, în minute. Severitatea este variabilă, de la ușoară la amenințătoare pentru viață.

Accesele ușoare și moderate de astm pot fi tratate la domiciliu.

Formele de astm severe sau moderate care nu reacționează la tratament sunt tratate la spital, întrucît prezintă pericol pentru viață.

Semnele ce necesită consultarea urgentă la medic

- Intensitatea respirației zgomotoase este în creștere după administrarea medicamentului necesar;
- Crește frecvența respirației și respirația devine foarte dificilă;
- Vorbirea și mersul copilului sunt forțate;
- Lipsește interesul copilului pentru jocuri;
- Membrele superioare și inferioare, buzele sînt cianotice.

Copilul cu astm va rămîne acasă și nu va frecventa instituția preșcolară sau școala, dacă:

- Are semne de infecție respiratorie, angină;
- Are febră (peste 38⁰C), este *aprins* la față și *arde*;
- Continuă să aibă respirație șuierătoare la o oră după ce și-a luat medicația bronhodilatatoare;
- Se simte prea slăbit sau este prea obosit ca să poată participa la activitățile zilnice;
- Are dificultăți la respirație;

Copilul cu astm poate merge la școală, dacă:

- Nu are dificultăți de respirație ;

- Are nasul înfundat, dar nu are respirație șuierătoare;
- Are obstrucție, respirație șuierătoare ușoară, ce dispăre după administrarea unui bronhodilatator pe cale inhalatorie;
- Poate să efectueze activități zilnice obișnuite.

Cinci pași care trebuie întreprinși la apariția primelor semne ale accesului de astm:

- Încerca-ți să determinați cauza declanșării accesului (polenul, fumul de țigară, praful, animalele domestice, exercițiul fizic, stresul) și înlăturați-o;
- Copilul trebuie liniștit. Dezbrăcați-l sau descheiați-l la nasturii de la cămașă, astfel veți ușura respirația și accesul de aer liber. Deschideți geamul;
- Dați-i copilului să bea ceva cald, cu înghițituri mici;
- Administrați un bronhodilatator inhalator;
- Copilul va face câteva exerciții respiratorii.

Regulile comportării în timpul accesului de astm

1. Depistați cauza accesului

- În timpul jocului la aer liber – cauza poate fi *polenul*;
- în timpul alergării, efortului fizic – cauza poate fi *surmenajul, oboseala*;
- dacă cineva fumează – *fumul de țigară*;
- după o supărare, tristețe – cauza posibilă sînt *emoțiile, stresul*;
- dacă apare după prînz – alimentele alergice: *ciocolata, laptele, mierea* etc.

1. Evitați contactul cu ceea ce a cauzat accesul

- *dacă e polenul* – copilul se ferește de plante sau se conduce în încăpere;
- *dacă e surmenajul* – lăsați copilul să se odihnească, se fac exerciții respiratorii;
- *dacă e fumul de țigară* – copilul este trecut în altă cameră sau este scos afară;
- *dacă sînt emoțiile, stresul* – copilul se calmează sau i se sustrage atenția;
- *dacă produsul alimentar este cauza* – se exclude acest produs din alimentația copilului.

2. Dacă după înlăturarea cauzei respirația copilului nu s-a restabilit, se administrează medicamentul bronhodilatator.

3. Dacă peste 15-20 minute respirația nu se ameliorează sau se înrăutățește, se apelează la ajutor:

- dacă s-a întîmplat la școală – copilul trebuie să se adreseze la învățător, asistenta medicală, medic;
- dacă s-a întîmplat acasă – copilul trebuie să se adreseze părinților.

4. Dacă medicamentul nu ajută, de urgență se apelează la medic.

În timpul accesului copilul își alege poziția comodă, care i-ar ușura starea: șezînd, în picioare, culcat pe o parte.

Tratamentul inițial: Administrarea inhalatorie a bronhodilatatorilor cu acțiune de scurtă durată pînă la 3 administrări într-o oră.

Răspunsul la tratamentul inițial este:

1) **Bun, dacă:** starea se ameliorează după doza inițială de bronhodilatator și se menține stabilă 4 ore.

Acțiunile: a) Se continuă bronhodilatorii cu acțiune de scurtă durată fiecare 3-4 ore;
b) Se consultă medicul.

2) **Incomplet, dacă:** starea se ameliorează, dar pe o durată mai mică de 3 ore după doza inițială de bronhodilatator.

Acțiunile: a) Se adăugă corticosteroizi inhalatori;
b) Se continuă bronhodilatorii;
c) Se consultă urgent medicul.

3) **Slab, dacă:** simptomele persistă sau se înrăutățesc.

Acțiunile: a) Se adăugă corticosteroizii inhalatori;
b) Se repetă bronhodilatorii;
c) Imediat copilul se spitalizează.

Supravegherea copilului cu astm bronșic

Copiii cu AB sunt incluși în grupa specială de dispensarizare. Monitorizarea stării copilului cu AB este de lungă durată. Pentru obținerea unui bun control asupra bolii se recomandă consultația pacientului la fiecare 2-4 săptămîni și după stabilirea acestui control starea copilului se monitorizează la fiecare 3-6 luni, avînd scopul de a revedea planul de tratament, medicația, deprinderile pacientului în utilizarea dispozitivelor de tratament, suportarea bolilor intercurrente, etc.

Monitorizarea efectivă a stării copilului cu AB va permite obținerea următoarelor rezultate:

- simptome de astm (respirație șuierătoare, dispnee, tuse) minime;
- absența simptomelor nocturne;
- acutizări rare sau lipsa crizelor astmatice;
- necesar minim de remedii bronhodilatatoare;
- activitate normală, inclusiv efort fizic și calitatea vieții conform vârstei;

Profilaxia AB

Deoarece astmul bronșic este o maladie cu predispoziție ereditară în familiile cu manifestări alergice sînt indicate *măsuri preventive* de evitare a alergizării copilului începînd cu sarcina, apoi perioada sugarului și copilului mic:

- *Excluderea obiceiurilor vicioase* (fumatul, băuturile alcoolice), factorii profesionali dăunători în timpul sarcinii;
- *Alimentația rațională* a gravidei și mamei care alăptează prin reducerea produselor alergice;
- *Prevenirea infecțiilor respiratorii* acute la gravide și la copilul mic;
- *Administrarea remediilor medicamentoase* în timpul sarcinii numai la indicația medicului;
- *Excluderea fumatului pasiv* la copil, evitarea poluării aerului;
- *Evitarea contactului* copilului cu substanțele *chimiei casnice*;
- *Formarea microclimatului igienic* optim în locuință;

CAPITOLUL 4

MALADIILE SISTEMULUI DIGESTIV

L.Cerempei, E. Cucieru, T.Țurcan, Sv. Cobileanschi, L.Botnarcu, R.Cușnir

STOMATITELE

Stomatitele întrunesc o serie de maladii a cavității bucale care variază după factorii etiologici și semnele clinice. Ele ocupă un loc semnificativ în patologia infantilă. Pot apărea primar sub acțiunea diferitor agenți patogeni sau pot constitui o manifestare a altor maladii infecțioase, alergice, somatice etc.

Etiologia:

Stomatitele pot fi de etiologie:

- *microbiană* (stafilococi, streptococi, candida etc),
- *virală*,
- *posttraumatică*,
- *alergice*,
- *otrăviri cu diferite metale*.

Cele mai frecvente stomatite la copii sunt cele de origine *virală*. Ele constituie 85% din toată patologia cavității bucale.

Ca factori favorizați în apariția stomatitelor pot servi diferite maladii somatice și infecțioase, avitaminozele, folosirea îndelungată a antibioticelor și altor medicamente sau supradozarea lor, alimentația incorectă. În dependență de gradul de afectare a mucoasei cavității bucale deosebim stomatite:

- *catarale*,
- *ulceroase*,
- *aftoase*.

Stomatita candidozică (Mărgăritărelul)

Mărgăritărelul este provocat de ciupercile de genul *Candida*, ce fac parte din flora normală a organismului și se găsesc în cavitatea bucală, intestin, piele. În anumite condiții acești fungi devin patogeni și cauzează apariția fenomenelor patologice.

Factorii favorizanți

- Prematuritatea, nou-născutul și sugarul mic (mucoasa bucală uscată, ușor vulnerabilă);
- Igiena deficitară a cavității bucale;
- Deficiențe nutriționale și imunitare;
- Tratamente prelungite cu antibiotice.

Stomatita se poate transmite de la mamele bolnave prin intermediul suzetelor, biberoanelor. La nou-născuți și sugari încă nu este formată pe deplin flora *saprofită* constantă a cavității bucale, de asemenea este imperfectă imunitatea locală a mucoasei.

Candidoza poate apărea și la copii mai mari, care suferă de diferite maladii cronice sau primesc timp îndelungat glucocorticoizi și alte medicamente.

Tabloul clinic

Debutul este lent asimptomatic, ceva mai târziu copiii devin neliniștiți, refuză sânul, au somnul superficial. Copiii mai mari acuză dureri în cavitatea bucală mai ales după alimentele fierbinți, un gust neplăcut în gură. Temperatura corporală este normală sau subfebrilă.

La examinarea cavității bucale se depistează:

- Depozite albicioase, ușor aderente de mucoasa bucală, care pot fi confundate cu laptele coagulat (Planșa nr.55). Uneori culoarea peliculelor poate fi cenușie, galbenă sau brună.
- Mucoasa subiacentă este intens congestionată, edemațiată și lucioasă.
- Boala neglijată se poate extinde pe mucoasa obrazilor, palatinul moale și dur, faringe, amigdale, căile respiratorii, tubul digestiv.

La sugari infecția poate trece și la genitalii. În cazurile grave se pot afecta straturile profunde ale pielii. Așa pelicule se înlătură greu. Afectând și alte organe se poate ajunge la septicemia micotică. În astfel de forme tratamentul este neefectiv, prognosticul nefavorabil.

Diagnosticul diferențiat

Se petrece cu difteria în baza tabloului clinic, examenului bacteriologic.

Tratamentul

Se restabilește regimul corect de îngrijire al copilului. Persoanele care îngrijesc de copii vor respecta cerințele igienice în cadrul alimentației sugarului, îndeplinirii diferitor tehnici de îngrijire. În alimentația artificială se vor respecta cerințele dezinfectării tetinelor, biberoanelor, lingurițelor, etc. Se recomandă un regim alimentar rațional, bogat în vitamine cu reducerea glucidelor.

Tratament local: În cavitatea bucală se creează mediu alcalin, prin irigația cavității bucale cu soluții de bicarbonat de sodiu 1%-2%, ce va împiedica dezvoltarea fungilor.

Conform strategiei OMS cu privire la tratamentul stomatitei candidozice cavitatea bucală se spală cu o materie curată, înfășurată în jurul degetului și umezită în soluție *salină* (1 linguriță de sare de bucătărie / 200 ml apă) după care mucoasa bucală poate fi tratată cu soluție de *violet de gențiană de 0,5%* sau cu soluții apoase de 1-2% *coloranți anilinici*. Foarte efectivă este badijonarea bucală cu suspensie de *nistatin*, *micostatin*, *levorin* (1 comprimat - 100000 UA/ 2 ml lapte matern).

La școlari se recomandă irigația cavității bucale cu soluție apoasă de iod (la 1/2 pahar de apă – 5 sau 10 picături de *tinctura de iod*).

În cazuri grave remediile *antimicotice* sunt recomandate intern: *nistatin* - 50000 UA /kg, *levorin* - 25000 UA /kg, zilnic în 4-5 prize în decurs de 7-10 zile. Efective sunt și remediile *stamicin*, *pimafucin*, *miconazol*. Cu scop de a preveni recidivele se recomandă de continuat irigația cavității bucale după lichidarea totală a mărăgăritărelului încă 6-12 zile.

O importanță deosebită o are profilaxia *candidozelor* în maternitate, care prevede:

- Diagnosticarea și tratarea leziunilor *micotice* ale gravidelor;
- Examenul medical al personalului medical și îngrijitor;
- Respectarea regulilor de îngrijire a nou-născutului, a regimului alimentar;
- Izolarea copiilor bolnavi în saloane separate;
- Neadmiterea persoanelor cu boli *micotice* la îngrijirea copiilor.

Stomatita catarală

Mai frecvent apare în cursul altor maladii, de obicei infecțioase (difterie, scarlatină, rușeolă, etc), la dereglarea alimentației (alimente prea calde sau condimentate), prezența dinților cariati, sub acțiunea substanțelor acide sau alcaline, medicamentelor, etc.

Manifestări clinice

- Se caracterizează prin congestia și tumefierea mucoasei cavității bucale;
- Are loc afectarea limbii, care recapătă un aspect fumuriu, uneori pot apărea depozite albicioase, ușor detașabile, care produc ulcerări, dureri mari;
- De asemenea se inflamează și gingiile, care pot sângera ușor;
- Copiii devin neliniștiți din cauza durerilor, refuză hrana;
- Apare o salivatie abundentă, febră.

Creșterea ponderală se stopează și poate conduce la *retard* ponderal. Dacă tratamentul bolii de bază este eficace, îngrijirea este rațională, inflamația catarală dispune repede. În caz contrar pe fundalul unei reactivități joase a organismului, stomatita catarală evoluează în stomatită ulceroasă.

Stomatita ulceroasă

Este o boală rară în deosebi se observă la copiii cu malnutriție și maladii cronice, determinate de germeni saprofiți bucali sau diferite bacterii patogene (stafilococii și streptococii). De asemenea se înregistrează mai frecvent la școlari și adolescenți, care au dinți cariati.

Manifestări clinice

- Se modifică starea generală a copiilor prin apariția febrei (38-39⁰C) semnelor de intoxicație (astenie, cefalee, indispoziție, iritabilitate, inapetență etc);
- Apar dureri locale, spontane, provocate la masticatie;
- Apare sialoree, halenă fetidă, adenopatie satelită, dureroasă;
- Gingiile se tumefiază, sîngerează ușor;
- Pe mucoasa cavității bucale, faringelui apar ulcere cu diametrul 2-3 mm (Planșa nr.56), acoperite cu membrane albe cenușii sau brune (prezența sîngelui);
- În cazurile severe ulcerile confluează, formînd suprafețe erozive întinse.

Complicațiile: *tonzilită, abcese tonzilare, septicemie, pneumonii, otite etc.*

Tratamentul stomatitei catarale și ulceroase

Deoarece stomatitele apar pe fundalul unor maladii infecțioase, în primul rând se va trata boala de bază. Tratamentul local are ca scop profilaxia infecției secundare sau înlăturarea ei.

- Se recomandă irigația cavității bucale de câteva ori pe zi cu soluție de *permanganat de potasiu 1: 6000, apă oxigenată 3%* (2 linguri la 1/4 pahar cu apă).
- Ulcerele bucale pot fi prelucrate cu *violet de gențiană* sau soluție apoasă *albastru de metilen de 1%* (vezi stomatita micotică).
- Buzele se ung cu *vaselină sau ulei vegetal steril*.
- În ulcerări sunt foarte efective și grăbesc epitelizarea aplicațiilor pe 5-10 minute cu *fermenți proteolitici (tripsin, hemotripsin, hemopsin)* diluați în sol. fiziologică sau novocaină (1 mg de ferment la 1 ml soluție) sau aplicații cu *furacilină*, care vor grăbi epitelizarea mucoasei. La soluția de ferment poate fi adăugat și un *antibiotic* după testarea sensibilității (25000 UA la 1 ml soluție).

- Epitalizarea mucoasei va fi grăbită prin badijonări cu *ulei de măcieș, cătină albă, vitamina A, caratolină, vinilină*.
 - Intern se administrează *antihistaminice, vitamine*.
- Hrana se recomandă ușor asimilabilă.

Stomatita aftoasă (Stomatita Herpetică acută)

Este cea mai răspândită formă a stomatitelor. Stomatita aftoasă este o stomatita primară provocată de virusul *Herpes simplex*. La fiecare al 7 - 8 copil stomatita herpetică trece în forma *recidivantă*.

Sursa de infecție pot fi copiii bolnavi și purtătorii de viruși. Infecția se răspândește pe cale *aerogenă* sau pe cale de contact. Perioada de incubație constituie 2-6 zile. *Contagiozitatea* virusului nu este mare, însă cu toate acestea se pot declanșa epidemii în instituțiile preșcolare. Mai frecvent se îmbolnăvesc copiii de vîrsta 1-3 ani. Actualmente boala se întâlnește și la sugari, mai ales la cei ce se alimentează artificial.

Manifestări clinice

- Debutul bolii este acut, însoțit de febră, fenomene toxice;
- Local pe mucoasa cavității bucale apar inițial niște pete congestive, care trec apoi în vezicule (Planșa nr.57);
- Veziculele sparg și formează așa numitele *aft* - eroziuni de formă rotundă cu diametrul 1-5 mm, trasate cu un halou eritematos în jur, acoperite cu o membrană fibrinoasă de culoare galbenă-cenușie, hemoragică. Aftele pot conflua și forma suprafețe erozive masive. Aceste simptome sunt însoțite de dureri acute, ce vor dereglă vorbirea, masticția și înghițirea hranei;
- Buzele se tumefiază, pot apărea și aici elemente veziculare mici;
- Se intensifică salivația, apare mirosul fetid din gură;
- Se măresc și sunt dureroși la palpare ganglionii limfatici regionali.

In dependență de gravitatea bolii numărul aftelor variază de la 3-5 la 30-50. După gravitate stomatita aftoasă poate fi ușoară, moderată și gravă.

Forma ușoară

Starea generală este aproape nemodificată. Perioada prodromală lipsește sau este puțin semnificativă. Temperatura este subfebrilă, se păstrează 1-2 zile. Aftele sunt rare, sporadice, de obicei nu fuzionează, apar doar în prima zi a bolii. Gengivita nu este caracteristică. Boala durează 3-5 zile. Aftele dispar fără a lăsa cicatrice.

Forma moderată

Debutul este acut, grav cu febră 38-39°C, care se menține 3-5 zile. Numărul aftelor crește până la 10-15, care ulterior confluează între ele. Perioada eruptivă durează 2-3 zile. Semnele catarale, care se alătură, sunt neînsemnate. In jurul majorității dinților apare gengivita catarală sau seroasă. La 30-40 % bolnavi pe față, buze apar vezicule, care sparg și se acoperă cu cruste de culoare galbenă-brună.

Forma severă

Se întâlnește foarte rar. Are un debut acut cu semne toxice pronunțate. Febra atinge 40-41°C, se poate menține 5-6 zile și mai mult. Adeseori se alătură semnele catarale: obstrucție nazală, runoree, conjunctivită.

Se pot asocia și semne dispeptice ca greață, vărsături, diaree, dureri abdominale. Perioada eruptivă durează 4-5 zile. Numărul aftelor atinge 20-30, fuzionează între ele, formând sectoare masive cu necroză. Gengivita este totală, erozivă. Copiii refuză hrana, elementele veziculare pe față, pe buze sunt numeroase, ele apar și pe mucoasa nasului, pavilioanele urechilor, pe mâini. Foarte periculoasă este aderarea florei cocice, care conduce la formarea ulcerelor profunde în cavitatea bucală. În ultimul timp stomatita herpetică acută trece în forma cronică recidivantă (fiecare al 8-10 copii cu forma acută).

Formele stomatitei herpetice acute

<i>Semne de diferențiere</i>	<i>Ușoară</i>	<i>Moderată</i>	<i>Gravă</i>
Perioada prodromală	Lipsește sau durează o zi	1-3 zile	2-4 zile
Temperatura	Subfebrila 1-2 zile	38-39°C 3-5 zile	39-40°C 5-6 zile
Perioada eruptivă	1-1,5 zile	2-3 zile	4-5 zile
Numărul aftelor	Rare, neconfluente	10-15 zile confluente	20-30 zile
Gengivite	La unii dinți	La majoritatea dinților	La toți dinții

Tratamentul

Luând în considerație natura virotică a bolii se efectuează un tratament complex. Copii cu formele severe ale bolii se spitalizează. Dieta se recomandă ușor asimilabilă, calorică.

Cu scop de a inhiba dezvoltarea virusului se prescriu:

- Preparate antivirale intern - *bonafton* 0.025 mg 3-4 ori/zi în decurs de 7-8 zile în dependență de gravitatea bolii. În formele ușoare *bonafton* nu se recomandă. Aceeași acțiune ca și *bonaftonul* o are și *alpizarinul*, care se prescrie până la 3 ani - 0.05 de 3 ori în decurs de 7 zile;
- În formele grave pe lângă *bonafton* i/m se indică fermentul *dezoxiribonucleaza* 25-50 mg pe zi, 3-5 zile, care va inhiba reproducerea virusului;
- Un efect bun se obține după administrarea imuno-globulinei umane 1,5 ml, i/m peste o zi în decurs de 2-3 prize;
- Cu scop de stimulare a imunității se prescrie decaris;
- Antihistaminice: dimedrol, suprastin, pipolfen, zaditen etc.

Tratamentul local

- Irigarea cavității bucale cu antiseptice la fiecare 1-2 ore, după ameliorare stării generale la fiecare 2-3 ore;
- Pentru anestezie se prescriu aplicații din albuș de ou bătut cu sol. 0.5% novocaină, suspensie de anestezină 10% pe glicerina sau ulei vegetal;
- Prelucrarea aftelor cu fermenți proteolitici - *tripsin*, *hemotripsin*;

- Badijonarea cavității bucale de 5-6 ori pe zi cu unguente antivirale - *bonafton* de 0,5%, *oxolină* de 0,25%, *tebrofen* de 2%, *riodoxol* de 2%, *florenali* de 0,25%, *heliomicină* de 0,5%. Poate fi utilizat și *interferonul leucocitar*;
- Irrigația cavității bucale cu soluție de *vilozen* și *timalin*;
- În lipsa erupțiilor proaspete unguentele antivirale se înlocuiesc cu preparate ce stimulează epitelizarea pielii – *carotolină*, *ulei de măsline*, *cătină albă*, *solcoseril* etc;
- Se recomandă medicația cu aerosoli: *Stomatidin*, *Liviani*, *Oxycort*, *Cameton*, ulei de eucalipt, de mintă;
- Eroziile de pe față se prelucrează cu pasta *Lasar* (zinc, acid salicilic), cu coloranți anilici de 1%, soluție de violet de gențiană de 1%, emulsii de sintomicină;
- Fizioterapie: Iradiere cu *raze ultraviolete*, *electroforeza cu vitamina A*, *tripsin*, *lidază*.

Pentru a preveni răspândirea infecției în colectivele de copii, bolnavii depistați se izolează. În încăperi se petrec măsuri de dezinfecție ca aerisirea, deridicarea umedă, dezinfecția jucăriilor, veselei, lenjeriei. Copiilor din contact li se prescrie în decurs de trei zile unguente *antivirale* de 2 ori pe zi.

Probleme posibile la părinți:

- Informații insuficiente despre boala dată;
- Subaprecierea stării copilului cu risc de suprainfecție;
- Dificultăți la crearea regimului corect de îngrijire și alimentar;
- Defecte în educația copilului.

Consilierea părinților:

- Completarea cunoștințelor părinților referitor maladiei la copil;
- Crearea mediului de îngrijire (încăpere curată, bine aerată etc);
- Instruirea părinților cu referire la îngrijirea copilului, efectuarea irigației cavității bucale;
- Instruirea părinților referitor alimentației, respectarea măsurilor igienice la prepararea bucatelor;
- Instruirea părinților privitor semnelor de pericol și adresarea imediată la medic în caz de apariție a lor.

Profilaxia

- Promovarea alimentației naturale pînă la vârsta de 2 ani;
- Menținerea în curățenie a glandei mamare în alimentația naturală;
- Dezinfectarea periodică a jucăriilor;
- Dezinfectarea veselei în alimentația artificială;
- Folosirea unei cantități suficiente și proaspete de hrană;
- Evitarea contactului cu persoane bolnave;
- Păstrarea corectă a alimentelor;
- Tratatamentul maladiilor concomitente;

DIAREILE LA COPII

Boala diareică acută se definește ca o modificare brutală a eliminărilor fecale, scaunele devenind mai frecvente și de consistență moale sau lichidă prin creșterea pierderilor de hidroelectroliti și risc de deshidratare.

În majoritatea regiunilor diareea se definește ca scaun lichid de 3-4 sau mai multe ori în decursul a 24 ore.

Diareea este un sindrom produs de mai mulți agenți patogeni. Actualmente boala diareică, alături de infecțiile respiratorii, este una dintre cauzele cele mai importante de morbiditate și mortalitate infantilă în țările cu nivel socio-economic scăzut. Conform OMS boala diareică acută produce anual 4-5 mln de decese la copii, 80% din ele fiind înregistrate la copiii în vârstă de până la 2 ani, cauzele principale ale deceselor fiind deshidratarea severă și tulburările de nutriție.

Boala diareică acută durează de la câteva zile până la 2 săptămâni, dacă depășește 14 zile se numește boală diareică *persistentă*. 25% din cazurile letale în boala diareică sunt legate de boala diareică persistentă.

Etiologie

Diareile acute la copil pot fi de etiologie infecțioasă și neinfecțioasă. Actualmente s-a constatat că diareile la sugari sunt practic întotdeauna legate de alimentația incorectă în deosebi cu lapte de vaci și amestecuri lactate.

Cauze neinfecțioase

1. Greșeli alimentare cantitative și calitative;
2. Factori medicamentoși: *diaree iatrogenă după utilizarea antibioticelor, preparatelor de fier, etc.*;
3. Factori alergici (*laptele de vaci, capră etc*);
4. Malnutriția prin atrofia vilozităților intestinale;
5. Patologii de malabsorbție: *celiachia, mucoviscidoza, insuficiența pancreatică etc*;
6. Diaree prin boli endocrine: *tireotxicoza, boala Addison etc.*;
7. Defecte anatomice: *Sindrom de intestin scurt, duplicație intestinală etc*;

Cauze infecțioase

1. Bacterii

- Diferite tulpini de E.Coli (enterotoxigeni, enteroinvazivi, enteropatogeni, enteroaderenți);
- Salmonella, Shigella;
- Campylobacter jejuni;
- Vibrio cholerae;
- Alți agenți microbieni: klebsiella, pseudomonas, enterobacter, citrobacter, clostridium;

2. Virusuri

- Rotavirusuri, adenovirusuri, citomegalovirus, parvovirusuri, coronavirusuri, enterovirusuri etc;

3. Protozoare

- Giardia lamblia, entamoeba histolitica, cryptosporidium;

4. Fungi

- Candida albicans;

5. Helminți

- Ascaris, trichocefal, strongioides;

În țările dezvoltate cu climă temperată pe lângă diareile neinfecțioase domină infecțiile virale, îndeosebi rotavirusul și parvovirusul, având caracter epidemic (iarna/primăvara), în țările în curs de dezvoltare predomină infecțiile cu E.coli și shigelle, mai rar infecția virală. Mari epidemii de holeră și infecții bacteriene se înregistrează în țările cu climă tropicală.

Factorii favorizanți în declanșarea bolii diareice acute

- Vârsta mică a copilului (între 6 luni și 2 ani);
- Alimentația mixtă și artificială;
- Alimentație lactată predominantă;
- Toleranța digestivă limitată (distrofiile, anomalii de constituție, etc);
- Subalimentația și supraalimentația copilului.

Clasificarea bolii diareice

A. După etiologie:

I. Diaree de origine neinfecțioasă (incidența 50-60%);

II. Diaree de origine infecțioasă (incidența 40-50%);

- Diareea virală (reprezintă una din cele mai frecvente la copii);
- Dizenteria;
- Salmoneloza;
- Infecția intestinală de etiologie necunoscută;
- Flora condiționat patogenă;

III. Vicii și boli congenitale gastrointestinale

- Atrezia esofagului, duodenului, anusului;
- Sindrom de malabsorbție (mucoviscidoza, celiachia, etc).

B. După mecanismul de declanșare:

- **Diareea secretorie** – produsă de microorganismele patogene ca stafilococii, vibriionul holeric, de diferite tipuri de virusuri care, multiplicându-se în lumenul intestinal, elimină toxine ce stimulează hipersecreția apei și electroliților. Mucoasa intestinală rămîne morfologic normală.
- **Diareia invazivă** – produsă de bacteriile de tip shigelle, campylobacterii, salmonele, care afectează secțiunea distală a intestinului subțire și intestinul gros, distrug celulele epiteliale pînă la ulcerarea mucoasei, rezultînd o diaree cu mucus, puroi și sînge.
- **Diareia osmotică** - produsă în sindromul dismicrobismului intestinal.

Patogeneza

Copilul sănătos primește apa și sărurile minerale prin intermediul alimentelor și a lichidelor consumate. În boala diareică acest mecanism se dereglează sub acțiunea factorilor determinanți (infecțioși și neinfecțioși). În diareea determinată de factori neinfecțioși tulburările digestive apar din cauza alterării compoziției florei saprofite și activarea celei condiționat patogene care face posibilă dezvoltarea bolii diareice și deshidratării.

În caz de colonizare a intestinelor cu bacterii are loc multiplicarea lor cu producere de enterotoxine, care acționează la nivelul mucoasei, provocînd hiperemia și edemul peretelui

intestinal cu dereglarea permeabilității. Ca rezultat suferă capacitatea de absorbție a intestinului și în sânge pătrund mai puțini electroliți și apă, iar în scaun, respectiv, cantitatea lor este mai sporită. Aceasta explică apariția scaunelor lichide cu pierderi anormale de apă și electroliți urmate de deshidratarea organismului, care este de trei tipuri:

- *Deshidratarea izotonică* (se pierd cantități egale de lichid și electroliți);
- *Deshidratarea hipertonică* (predomină pierderile de lichid);
- *Deshidratarea hipotonică* (predomină pierderea de electroliți).

Pierderea unei cantități mari de lichid conduce la micșorarea volumului de sânge circulant, scăderea TA, dereglarea microcirculației, micșorarea vîscozității sîngelui și respectiv a funcției de filtrație a rinichilor etc. Apare disbalanța electrolitică și acidobazică.

Aspecte clinice

Debutul bolii de obicei este brutal cu o incubatie scurtă (6 – 8 ore), marcat de vărsături, astenie, anorexie, dureri abdominale, scaune frecvente, lichide, cu mucozități sau grunji, cu miros putrid. Copilul devine palid, agitat.

În evoluția sa sindromul diareic este de intensitate și cu caracter foarte variat, de la scaune moi sau lichide puțin frecvente (3-4 / 24 ore) pînă la scaune foarte numeroase (6-10/24 ore). În diareile invazive scaunele conțin sânge, puroi, mucus. Treptat starea se înrăutățește, scaunele devin apoase, abundente, mucogrunjoase, verzui, cu mucus, emise în get, cu miros acru sau fetide, reacție alcalină. Se intensifică durerile abdominale, care se manifestă prin țipăt și frecarea picioarelor, crește febra. În urma pierderilor de lichid și electroliți apar semnele deshidratării organismului. Tipul deshidratării este în funcție de germenul infecțios și tratamentul efectuat:

- În *deshidratarea izotonică* apare setea moderată, tegumentele și mucoasele vizibile devin uscate, turgorul și elasticitatea puțin micșorate, limba saburală, tensiunea arterială în normă sau scăzută, pulsul filiform. Greutatea copilului scade cu 4- 5% .
- În *deshidratarea hipertonică* starea copilului este mai gravă. Scaunele predomină asupra vomei, copilul pierde în greutate pînă la 6-10%. Sunt evidente semne pronunțate de exicoză (pielea foarte uscată, pliul pielii se îndreaptă lent, ochii sunt înfundați). Copilul este foarte neliniștit, agitat. Apar convulsii, periodic respirația patologică, aritmică.
- În *deshidratarea hipotonică* starea copilului este foarte gravă cu faciesul toxic, extremitățile cianotice și reci, voma predomină asupra scaunului, copilul bea cu dificultate sau refuză hrana și lichidul propus, deseori are vomă și după ce bea. Pielea este foarte uscată, cianotică cu nuanță pămîntie, ochii sunt înfundați cu absența lacrimilor, apar cearcăne periorbitale. Sunt pronunțate semnele insuficienței cardiace, tahicardie, Ps slab/rapid, TA scăzută, scaunul poate lipsi. Apare atonia musculaturii intestinale cu absența eliminării gazelor pînă la dezvoltarea parezei intestinale și în final moartea copilului.

Tratamentul diareei

Tratamentul bolii diareice acute este individualizat conform etiologiei bolii, formei clinice și vârstei copilului. Se efectuează la domiciliu și în staționar, în condiții de izolare și dizinfecție continuă și terminală. Copiii pînă la vârsta de 5 ani sunt tratați conform standardelor promovate de OMS.

Conduita diareei la nivel de asistență medicală primară în viziunea OMS

Aprecierea diareei

Copilul cu diaree se apreciază în baza următoarelor semne:

- *durata diareei;*
 - *Prezența sîngelui în scaun;*
 - *Prezența semnelor de deshidratare (agitată sau letargică, ochii înfundați, bea cu lăcomie, bea cu dificultate sau nu poate bea, plica cutanată revine la normal lent sau foarte lent).*
- *Aprecierea stării generale:* La începutul deshidratării copilul este agitat și irascibil.

Dacă deshidratarea persistă copilul devine letargic sau fără conștiință. Copilul letargic este somnolent, își poate fixa privirea într-un punct și nu prezintă interes față de ceea ce se petrece în jurul lui.

- *Aprecierea ochilor înfundați:* Pe măsură ce copilul pierde lichid ochii lui devin înfundați. La apariția dubiilor referitor ochilor înfundați, mama poate confirma că ochii copilului arată neobișnuit.

- *Aprecierea reacției plicei cutanate abdominale:* Pliul pielii se verifică pe abdomen la nivelul ombilicului în paralelă cu corpul copilului, fiind reținut o secundă și apoi urmărind revenirea la normal (fig. 36). Plica cutanată poate reveni la normal imediat, lent (pînă la 2 secunde) și foarte lent (mai mult de 2 secunde).

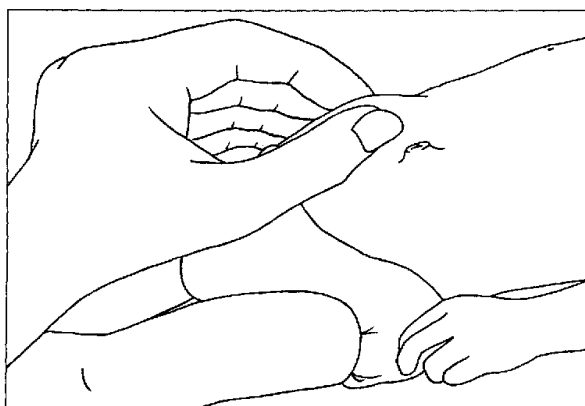


Fig. 36 Aprecierea elasticității pielii.

- *Se verifică cum bea copilul, oferindu -i apă din cană sau lingură.* Copilul grav sau în stare de letargie nu va putea bea apa sau va bea cu dificultate. Setea se confirmă la copil dacă el se întinde la cană sau lingură sau se indispuce când acestea se retrag.

De asemenea în cadrul examinării copilului bolnav cu diaree acută la nivel de asistență medicală primară este necesar de apreciat caracterul diareei - infecțios sau neinfecțios. Se exclud diareile neinfecțioase în caz de boli digestive acute, intoleranța unor produse alimentare, intoxicații cu toxine vegetale și industriale, fermentopatii.

Diareea infecțioasă diferă de cele neinfecțioase prin debutul acut, febră, scaune cu mucozități, sânge. Poate fi determinat contactul cu bolnavi asemănători, folosirea unor alimente păstrate în condiții nefavorabile o perioadă îndelungată.

La etapa a II se stabilește diagnosticul confirmat prin investigații specifice, analiza bacteriologică și serologică.

Clasificarea diareei

Pentru clasificarea diareei există trei tabele de clasificare:

- *Toți copiii cu diaree se clasifică după gradul de deshidratare.*
- *Dacă diareea persistă 14 zile și mai mult se clasifică diareea persistentă.*
- *Dacă copilul are sânge în scaun se clasifică dizenteria.*

Clasificarea deshidratării

Există trei clasificări posibile a gradului de deshidratare a copiilor cu diaree:

- Deshidratare severă
- Deshidratare moderată
- Deshidratare negativă

Deshidratare severă

Dacă copilul are două din următoarele semne – letargic sau fără conștiență, ochi înfundați, nu poate bea sau bea cu dificultate, plica cutanată revine la normal foarte lent–deshidratarea se clasifică ca *deshidratare severă*.

Tratament

Se efectuează conform planului C. Copiii cu deshidratare severă necesită restabilirea rapidă a volumului de apă și săruri pierdute. De obicei cu acest scop se folosesc lichide intravenoase (*Ringer Lactat sau Soluție Fiziologică*), deoarece copiii beau cu dificultate. În timpul tratamentului intravenos starea copilului se apreciază la fiecare 1-3 ore. Dacă instituția medicală nu dispune de utilaj pentru perfuzii intravenoase se poate de efectuat terapia nazogastrică. În cazul când copilul poate să bea – SRO se administrează peroral.

Terapia nazogastrică:

Pentru rehidratarea cu ajutorul sondei nazogastrice se folosesc sonde din plastic cu diametrul de 2,0 – 2,7 mm. Lungimea la care se introduce sonda este egală cu distanța de la ombilic pînă la vîrfurile nasului (lungimea este marcată cu emplastru). Preventiv sonda se lubrificiază cu substanță uleioasă solubilă în apă sau cu apă simplă și apoi se introduce prin unul din meaturile nazale. Se recomandă de introdus sonda de fiecare dată cînd copilul face înghițituri cîte 3,5 cm pînă semnul marcat de pe sondă atinge vîrfurile nasului. Pentru confirmarea pătrunderii sondei în stomac cu ajutorul unei seringi se poate de extras puțin suc gastric. La sonda fixată de obraz cu emplastru, cu ajutorul tubului pentru infuzia intravenoasă, se conectează sticla cu soluție SRO. Viteza infuziei este reglată la 20ml /kg/oră sau mai puțin. Dacă instituția medicală nu dispune de sticlă pentru infuzia intravenoasă, ca recipient se folosește o seringă, care se conectează la sondă. Seringa se ține de asupra capului copilului, turnînd în ea periodic soluția SRO.

Dacă copilul nu poate bea și administrarea lichidelor intravenos sau prin sonda nazogastrică nu este posibilă, copilul urgent este îndreptat în staționar.

Deshidratare moderată

Dacă copilul are două sau mai multe semne din următoarele – agitat sau irascibil, ochi înfundați, bea cu lăcomie, sete, plica cutanată revine la normal lent– deshidratarea copilului se clasifică ca *deshidratare moderată*.

Tratament

Copilul cu deshidratare moderată se tratează conform ***planului de tratament B*** în condiții de ambulator. Pe parcursul a 4 ore mama / îngrijitorul oferă copilului lent volumul recomandat de soluție SRO: Rehidron, Unicef, Glucosolan etc (fig.37). Cu acest scop în instituția medicală se organizează *ungherașul pentru Terapia Rehidratării Orale (TRO)*, comod pentru specialistul medical, bine ventilat, amplasat lîngă sursa de apă. Ungherașul TRO trebuie să fie utilat cu materiale necesare pentru efectuarea terapiei orale de rehidratare: pachete SRO, apă fiartă, sticle, căni, linguri, sonde nazogastrice (rehidratarea nazogastrică), pipete, broșuri, săpun, produse alimentare etc.

Suplimentar la lichide, copilul cu deshidratare moderată necesită alimente corespunzătoare, deoarece boala diareică provoacă tulburări de nutriție. Copiii aflați la alimentație naturală trebuie să fie alăptați în continuare mai frecvent și mai îndelungat. Ceilalți copii trebuie să primească alimentarea lor obișnuită.

Peste 4 ore se apreciază starea copilului din nou și se clasifică gradul de deshidratare:

- Dacă semnele de deshidratare au dispărut se trece la planul de tratament A. În lipsa ameliorării vizita repetată la medic va fi indicată peste 2 zile;
- Dacă semnele de deshidratare persistă se repetă tratamentul conform planului B;
- Dacă la aprecierea secundară este prezentă deshidratarea severă copilul trebuie urgent spitalizat pentru terapia de rehidratare perfuzională (planul C).



Fig. 37 Administrarea soluției SRO.

Deshidratare negativă

Copilul care nu are semne caracteristice deshidratării moderate și severe se clasifică ca *Deshidratare negativă*.

Tratament

Copilul cu clasificarea *Deshidratare negativă* necesită tratament la domiciliu conform **planului A**, lichide suplimentare pentru a preveni deshidratarea

Planul A include instruirea mamei copilului cu privire la cele 3 reguli de tratament la domiciliu:

- *Oferiți Lichide Suplimentar*
- *Continuați Alimentarea*
- *Să știți când să reveniți cu copilul*

1. Consilierea mamei cu privire la administrarea lichidelor suplimentar:

- Alăptarea copilului mai frecvent și mai îndelungat;
- Dacă copilul este alimentat exclusiv la sân ca adaos la laptele matern poate fi administrat SRO;
- Dacă copilul nu este alimentat exclusiv la sân i se poate administra unul sau câteva din următoarele tipuri de lichide: soluție SRO, fiertură de orez, amestecuri acidolactice, supeuri de legume sau apă curată;
- Instruirea mamei referitor diluției și administrării SRO;
- Lichidele se administrează din cană cu înghițituri frecvente. Dacă la copil a apărut voma se așteaptă 10 minute apoi se continuă administrarea mai lentă a lichidului.

2. Continuarea alimentației

Copilul bolnav este alimentat conform vârstei fără restricții majore. Copiii aflați la alimentație naturală trebuie să fie alăptați în continuare mai frecvent și mai îndelungat. Ceilalți copii trebuie să primească alimentația lor obișnuită.

Celor alimentați artificial se administrează amestecuri adaptate sau acidofile. Copiii mai mari de 6 luni primesc complementul respectiv vârstei (legume, carne, pește, etc.). Se recomandă mere, banane, sucuri proaspete (sursă de potasiu). Pentru copiii mai

mari se recomandă limitarea dulciurilor, sosurilor, condimentelor, produselor bogate în celuloză.

1. Să știți când să reveniți cu copilul

Mamei i se explică că este neapărat nevoie să revină cu copilul în instituția medicală la apariția următoarelor semne:

- *Copilul nu poate bea sau suge piept;*
- *Starea se agravează;*
- *Apare febra;*

Starea copiilor cu deshidratare negativ se îmbunătățește de obicei rapid dacă indicațiile medicului sunt îndeplinite corect. În lipsa ameliorării vizita repetată la medic va fi indicată peste 5 zile.

Terapia antibacteriană

Preparatele antibacteriene în majoritatea cazurilor de diaree nu sunt efective, ajută rareori sau chiar agravează starea copilului bolnav. Folosirea neîntemeiată a preparatelor antibacteriene sporește rezistența unor agenți patogeni față de medicamente.

Terapia antibacteriană se indică în :

- *dizenterie și alte boli diareice acute unde scaunul este cu sânge;*
- *În salmoneloză, cambilobacterioză și alte infecții intestinale forme generalizate la nou-născuți și sugari;*
- *În holeră;*
- *În infecții intestinale asociate cu alte infecții (meningite, pneumonii, etc).*

Supravegherea

Supravegherea copilului cu dizenterie. Peste 2 zile în cadrul examinării repetate a copilului se apreciază frecvența scaunului, prezența sîngelui în scaun, a febrei, durerilor abdominale, apetitului.

- Dacă copilul este deshidratat atunci se tratează deshidratarea conform OMS.
- Dacă frecvența scaunului, cantitatea de sânge din scaun, febra, durerile abdominale, pofta de mîncare au rămas la același nivel sau starea s-a agravat atunci se indică preparatul antibacterian de linia II, recomandat pentru tratamentul shigellozei (acidul nalidixic) timp de 5 zile. Spitalizare urgentă necesită copiii mai mici de 12 luni, copiii cu deshidratare la prima vizită și cei care au suferit de rușeolă în ultimele 3 luni.
- Dacă starea copilului s-a îmbunătățit se continuă tratamentul antibacterian pînă la finisarea cursului.

Supravegherea copilului cu diaree persistentă. În cadrul examinării repetate peste 5 zile se apreciază evoluția maladiei, frecvența scaunului.

- Dacă diareea nu a încetat (copilul continuă să aibă scaune lichide de 3 ori și mai mult) se realizează o apreciere completă repetată a copilului, se administrează tratamentul necesar apoi copilul se spitalizează.
- Dacă diareea a încetat (copilul are scaune lichide mai puțin de 3 ori pe zi) se recomandă de alimentat copilul conform recomandărilor uzuale.

Probleme posibile la părinți

- Informații insuficiente despre boala diareică;
- Dificultăți la crearea regimului corect de îngrijire și alimentar;
- Prezența simțului de vină și neputință;

- Anxietatea pentru viitorul copilului;
- Defecte în educația copilului.

Consilierea părinților

- Completarea cunoștințelor părinților cu referire la boala diareică la copil;
- Crearea mediului de îngrijire (atmosfera binevoitoare, liniștită, încăpere curată, bine aerată etc);
- Utilizarea vestimentației curate, de preferință din bumbac;
- Instruirea părinților despre îngrijirea copilului, efectuarea băiștelor igienice, toaletei intime;
- Instruirea părinților referitor alimentației în boala diareică, respectarea măsurilor igienice la pregătirea bucatelor;
- Instruirea părinților referitor asistenței în vomă: plasarea copilului într-o poziție comodă, asigurarea cu vas pentru colectarea maselor vomitive, prosop, efectuarea toaletei cavității bucale după actul de vomă, propunerea lichidului în cantități mici etc.
- Instruirea părinților cu privire la semnele de pericol pentru viață și revenirea imediată la medic în cazul apariției lor la copil.

Profilaxia bolilor diareice

- Promovarea alimentației naturale până la vârsta de 2 ani;
- Introducerea rațională a complementului;
- Folosirea unei cantități suficiente și proaspete de hrană;
- Respectarea igienei personale;
- Păstrarea corectă a hranei.

GASTRITA ACUTĂ

Gastrita acută reprezintă inflamația mucoasei gastrice.

Etiologia

Pluralitatea etiologică a gastritelor acute poate fi grupată în cauze exogene și endogene.

A. Factori exogeni

1. Factorii alimentari.

- Ingerarea unor cantități prea mari de alimente;
- Alimente greu digerabile: grăsimi, dulciuri concentrate etc;
- Alimente prea reci sau prea ferbinți;

2. Factori toxici

- Acizii sau bazele tari;
- Diferite medicamente: antiinflamatoare, fier, prednizolon, citostatice etc;
- Utilizarea alcoolului;

3. *Helicobacter pylori*

4. Radiațiile

B. Factori endogeni

1. **Bolile infecțioase virale:** hepatita acută virală, varicela, viroze;
2. **Bolile infecțioase bacteriene:** scarlatina, difteria, septicemia etc;
3. **Bolile alergice**
4. **Bolile endocrine.**

Patogeneza

- Afectarea nemijlocită a mucoasei gastrice de către agentul patogen (helicobacter pylori, substanțe chimice, alimente fierbinți etc);
- Afectarea hematogenă (bacteriemia, toxemia);
- Dereglări de regenerare a mucoasei (remedii medicamentoase.);

Clasificarea

- Gastrita acută catarală;
- Gastrita acută corozivă;
- Gastrita acută medicamentoasă;
- Gastrita acută alergică;
- Gastrita acută flegmonoasă;
-

Gastrita acută catarală

Etiologia

- Factorii alimentari;
- Bolile infecțioase.

Tabloul clinic

I. Simptome digestive

Se manifestă prin inapetență, dureri epigastice accentuate de alimentare, grețuri, vărsături, senzație de plentitudine, uneori diaree.

II. Simptome generale

Starea generală este influențată de simptomele digestive și se manifestă prin cefalee, astenie, insomnie etc.

III. Examenul obiectiv

La examinare copilul bolnav se determină: limba saburală, mucoase uscate, sensibilitate dureroasă epigastrică, tahicardie, oligurie;

Tratament

- Excluderea factorilor etiologici;
- Spălătura gastrică;
- Punerea stomacului în repaus prin administrarea unui regim alimentar adecvat și corespunderea igienei alimentare:
 - pe perioada de 1-2 zile regim hidric, reprezentat de ceaiuri ;
 - administrarea treptată de supă de zarzavat cu puțin orez, brânză de vaci proaspătă, lapte, griș, mere coapte, carne fiartă – 7 zile ;
 - regim alimentar adecvat vârstei cu excluderea alimentelor iritante.
- Terapia medicamentoasă:
 - Remedii gastice (alcaline);
 - Antispastice etc.

Gastrita acută corozivă

Etiologia

Ingestia substanțelor chimice, care determină eroziuni urmate de cicatrice sau chiar perforații gastice.

Tabloul clinic

Manifestările clinice sunt în raport cu extinderea și profunzimea leziunilor:

- Durerea pot fi surde (leziuni superficiale) sau foarte pronunțate (leziuni profunde);
- Grețuri, vărsături abundente;
- La nivelul cavității bucale și esofagului pot fi leziuni ulceroase cu dureri pronunțate;
- Disfagia cu sialoree;
- Starea generală este alterată pînă la colaps;
- Hemoragia digestivă superioară;
- Diaree hemoragică;
- Insuficiența renală acută.

Tratamentul

- Spălătura gastrică: urgent în prima oră prin sondă cu apă fiartă, fără folosirea substanțelor neutralizante ;
- Terapia infuzională anti-șoc ;
- Alimentația orală se va relua cu prudență după restabilirea toleranței digestive;
- Remedii gastrice;
- Tratament chirurgical;

Gastrita acută medicamentoasă

Tabloul clinic

Este polimorf și nespecific. Se manifestă prin epigastralgie, grețuri, eructații, vărsături, inapetență etc.

Tratament

- Suprimarea agresiunii medicamentoase ;
- Măsurile medicamentoase prezente la gastrita acută catarală.

Gastrita acută alergică

Etiologia

Este produsă mai frecvent de alergeni alimentari și mai puțin chimici.

Tabloul clinic

Se manifestă prin vărsături, diaree, greașă, manifestări alergice ca urticarie, rinite, bronșite spastice etc. Este pronunțat sindromul dureros abdominal.

Tratament

Este medicamentos, întrunește principiile terapiei antialergice cu cele ale terapiei gastritelor acute.

BOALA ULCEROASĂ

Boala Ulceroasă – este o maladie generalizată a organismului, care se manifestă prin ulcere ale mucoasei stomacului și a duodenului.

Boala ulceroasă constituie 3-14% din toată patologia gastrointestinală. Mai frecvent afecțiunea apare în perioada de școlar la 7-10 ani, se observă atât la fete cât și la băieți. În perioada pubertară boala ulceroasă are o prevalență la băieți.

Etiologia

Boala ulceroasă reprezintă o afecțiune plurifactorială. În formarea și cronicizarea ei participă:

- Factorul alimentar (supraalimentația, folosirea alimentelor picante, mărirea intervalului între hrăniri, dereglarea regimului termic al hranei, folosirea excesivă a făinoaselor, alimentelor uscate);
- Produse alimentare alergizante;
- Diferite medicamente (abuzul de droguri ulcerogene, aspirina, cortizonul, citostaticele, antibioticele cu spectru larg de acțiune etc.);
- Factorii neuropsihici sub acțiunea cărora are loc majorarea secreției și motricității gastrice cu apariția spasmelor, ce duc la tulburări circulatorii și trofice (ulcere);
- Factorii constituționali (în 23-45% de cazuri s-a constatat predispoziția ereditară);
- Un rol deosebit în apariția bolii ulceroase o au gastritele (cu aciditate mărită), duodenitele, colecistitele, diferite boli intestinale, pancreatitele;
- Boala ulceroasă poate apărea pe fundalul diferitor boli cronice (tonzilită, sinusite, bronșite).

Patogeneza

În patogeneza bolii ulceroase rolul principal îl are disechilibrul dintre factorii de agresie și cei de protecție. Diminuarea factorilor de protecție sau predominarea celor de agresie denotă apariția bolii ulceroase.

- *Factorii de agresie* : acidul clorhidric, pepsina, refluxul duodenogastral, infecțios, ereditar ;
- *Factorii de protecție* : secreția mucusului gastric, secreția bicarbonaților, vascularizația mucoasei, procese de restabilire în celule, prostaglandinele, gastrina ;

În mecanismul dezvoltării ulcerului duodenal rolul principal dintre factorii agresivi îl joacă acidul clorhidric și pepsina. Producția de HCl și pepsină la copiii cu boală ulceroasă a duodenului este de 2 ori mai mare decât la cei sănătoși.

Clasificarea

Perioada bolii	Localizare	Funcția secretorie	Evoluție	Gravitate	Complicații
Faza activă: a)ulcer proaspăt b) epitelizare c) cicatrizare 2.Faza neactivă 3.Remisie clinico-endoscopică	1.Ulcer gastric: -curbura mare -curbura mică 2.Ulcer duodenal: -bulbar -extrabulbar	Sporită Micșorată Normală	Acută Subacută Recidivantă	Ușoară (1-2 acutizări/an) Moderată(3-4 acutizări/an) Severă (recidive continuu)	Duodenită Stenoză Perforație Penetrație Hemoragie

Tabloul clinic

Boala evoluează la copii de diferite vârste variat.

La cei mici boala decurge atipic, de aceea numai la 1/5 din bolnavi boala e diagnosticată în primul an de îmbolnăvire. După simptomatice boala are un caracter poliform.

Sindroamele principale ale bolii ulceroase sunt:

- dolic
- disptic
- astenoneurotic

Sindromul dolic: În ulcerele cu localizare în stomac durerile apar peste 30 minute sau o oră după alimentație și dispar peste 1,5-2 ore după evacuarea stomacului. În ulcerele cu localizare în duoden durerile apar peste 1,5-2 ore după mîncare cu o intensitate mai pronunțată în timpul nopții. Sunt caracteristice durerile de foame. În ulcerele duodenale durerile dispar după primirea hrănil și peste 1-2 ore se intensifică din nou. Așa dureri asociază *sindromul Mainigan* (dureri-hrană-dureri).

După caracter durerile sînt sub formă de accese, lancinante, înțepătoare, apar acut mai ales în cazuri emoționante, de stres. În ulcerele superficiale durerile sunt de o intensitate mică sau pot lipsi complet. Ele se diagnostică numai la palparea profundă. În ulcerele profunde durerile sînt permanente de o intensitate sporită. Sînt pozitive simptomele *Mendel* (durere la percuție în regiune epigastrică), *Gerbet* (aparitia durerilor la apăsare pe vertebra a III lombară), *Openhovschii* (intensificarea durerilor la apăsarea pe vertebrele toracale X-XII).

În ulcerele cu penetrație în epiploonul mic durerile iriază în hipocondrul drept și scapula dreaptă, cu penetrație în diafragmă sau glanda suprarenală durerile poartă un caracter circular.

În caz de perforație a ulcerelor durerile sînt repartizate pe toată suprafața abdomenului, abdomenul este „de lemn”, apare febra, în hemogramă sporește numărul de leucocite.

Sindromul disptic la copii este mai puțin pronunțat decît la adulți, pofta de mîncare se micșorează la 1/5 din copii. Apar arsurile persistente, greață după mîncare, uneori apare voma. La majoritatea copiilor apar constipații din cauza antrenării în procesul patologic și intestinului.

Sindromul astenoneurotic se manifestă prin astenie, oboseală, insomnie, irascibilitate sporită, scade randamentul elevilor la școală, apar reacții neadecvate. Este manifest sindromul hipovitaminozei (descuamația palmelor, ruperea și fragilitatea părului, unghiilor etc.)

Diagnostic

Se stabilește pe baza tabloului clinic, gastroduodenoscopic, cercetării cu bariu (nișa Hauder, convergența pliurilor, deformația bulbului duodenal, reflexul duodenogastric), sondajului gastric și duodenal, irigodiagnosticului, ultrasonografiei etc. La 80 % din cazuri, ulcerele la copii se depistează prin metoda flotației cambilobacteriilor, la adulți în 100% din cazuri.

Tratament

Tratamentul este complex și se efectuează în cîteva etape:

- Tratamentul în staționar în perioada de acutizare;
- Dispensarizarea în perioada remisiei clinice și profilaxia recidivelor sezoniere;
- Tratamentul în condiții sanatoriale în perioada remisiei clinice totale și remisiei endoscopice parțiale;

Tratamentul în staționar durează 4-6 săptămîni, se prescrie regim de pat durată căruia în diferite stadii este diferită:

- în stadiul I durează 3-4 săptămîni;
- în stadiul II durează 2-3 săptămîni;

- în stadiul III durează 3-5 zile (pînă la dispariția durerilor);
Un efect curativ îl are somnul de zi.

Dietoterapia

Se prescrie dieta de cruțare Nr. 1A, Nr.1B, Nr.1. La început de prescrie Nr.1A care durează:

- în stadiul I 7-10 zile;
- în stadiul II 5 -7 zile, numărul de mese se mărește pînă la 5-6 ori pe zi;
- în stadiul III 3-5 zile.

După dieta Nr.1A se trece la dieta Nr.1B care se indică pentru 2 săptămîni, apoi se trece la dieta Nr.1 care se respectă timp de 1 an. După dieta Nr.1 se trece la dieta Nr.5 care se păstrează 2 ani.

În timpul tratării recidivelor dieta se recomandă de inițiat cu masa Nr.1B în decurs de 2 săptămîni, apoi Nr.1 încă 2 săptămîni, ulterior Nr. 5. În SUA se recomandă dieta liberă.

O acțiune antacidă puternică o are carnea care grăbește regenerarea. Pe locul doi se află peștele cu aceiași acțiune. Se limitează făinoasele și glucidele ce duc la alergizarea organismului. Sînt interzise copturile, alimentele picante, bulioanele și pîinea proaspătă.

La bolnavii cu hemoragii se adaugă în dieta Nr.1A unt, frișcă, gălbenuș de ou. Hrana se administrează rece în cantități mici.

În caz de reflux hrana se recomandă de primit la fiecare 2 ore. În constipații se recomandă infuzie din tărîță, mîncăruri din legume în care se adaugă 2 linguri din amestecul „ Malîș”.

Terapia medicamentoasă

Tratamentul medicamentos al ulcerului gastric și ulcerului duodenal are ca scop:

- Neutralizarea mediului acid gastric;
- Inhibarea secreției acide gastrice și activității pepsinei;
- Sporirea capacității de apărare a mucoasei;

Preparatele antisecretorii se împart în preparate care inhibă secreția gastrică și preparate care neutralizează HCl și pepsina:

- M colinoblocatorii periferici: *Atropina, Platifilina, Metacina, Peritol*;
- M colinoblocatorii selectivi: *Gastrozepin*;
- Spasmoliticele: *Papaverin, No-șpa, Reglan*;
- Antagoniștii receptorilor H₂ histaminici: *Cimetidina, Ranitidina, Famotidina* sînt preparatele de bază care se folosesc în tratamentul bolii ulceroase;
- Blocatorii H+K+ATF-fazei: *Omeprazol, Lansoprazol*;
- Antacizii și absorbantii: *Almagel, Gastal, Maalox*;
- Anti-peptice: *Denol, Venter, Sucralfat*;
- Anti Hp: *Oxacilină, Metronidazol, Claritromicină*. Eradicarea Hp se efectuează timp de 10-14 zile, cura se repetă.

Ca reparanți ai mucoasei gastrice și duodenale se folosesc: *ulei de cătină, ulei de măceș, Vinilin, Solcoseril, Aevit*. Reparantii se adaugă la a 10 zi de tratament, durata curei fiind de 3-4 săptămîni.

Schema terapeutică în boala ulceroasă nu trebuie să includă mai mult de 5-6 preparate. Monoterapia s-a dovedit a fi cu eficiență minimă. Biterapia (Omeprazol+Amoxicilină, Denol+Metronidazol) are rata de iradicare de 60-70%. Terapia triplă (Ranitidină+Amoxicilină+Metronidazol, Omeprazol+Amoxicilină+Metronidazol, Denol+Amoxicilină+Metronidazol) este mai efectivă cu rata de peste 90%. Cvadrupla terapie (Omeprazol+Amoxicilină+Metronidazol+Denol) este mai eficace, rata de vindecare este aproape de 100%.

După cicatrizarea ulcerului bolnavilor li se indică terapia de întreținere, durata căreia este în funcție de evoluția bolii (de la 8 pînă la 12 luni).

Tratamentul fizioterapeutic

Se administrează în forme necomplicate în faza de remisie clinică incompletă:

- Curent sinusoidal;
- Terapia cu microunde;
- Magnetoterapia;
- Ultrasunet la regiunea epigastrică;
- Somnul electric;

În acutizări se administrează aplicații cu parafină – ozocherită sau aplicațiile cu nămol, turbă.

Fitoterapia

Se indică în dependență de secreția sucului gastric.

Dacă secreția este mărită se recomandă suc proaspăt de cartofi, 1 lingură de desert de 3 ori pe zi după mîncare timp de 3 săptămîni. Doza se mărește pînă la 1/4 pahar. E folositor și sucul de morcov 1/4 -1/2 pahar de 3 ori pe zi, cu o oră înainte sau 1,5-2 ore după mîncare.

În caz de arsuri se recomandă infuzie din pojarniță, din semințe de mărar. În aciditate micșorată se recomandă suc de varză cîte 2 linguri de masă (pînă la vîrsta de 7 ani) sau 1/2 - 1/4 pahar (la copiii mai mari de 7 ani) cu 30 minute înainte de masă de 3 ori în zi.

Cu scop antiinflamator se indică sucul de aloe.

Tratamentul sanatorial

În perioada de remisie peste 6 luni de la cicatrizare se recomandă tratamentul hidromineral .

Dispensarizarea

În primul an după acutizarea ulcerului gastric și duodenal copilul se examinează de 4 ori pe an, în următorul an - de 2 ori, primăvara și toamna. Examenul endoscopic și testul pentru Hp sunt necesare de fiecare dată. În dependență de tabloul clinic se efectuează tratamentul antirecidivant.

COLECISTITELE

Colecistita acută

Colecistita acută prezintă inflamația acută a peretelui vezicii biliare. La copii se observă rar, băieții se îmbolnăvesc de 2 ori mai frecvent decât fetele.

Etiologie

Boala este cauzată de unele infecții bacteriene, reprezentate de germenii intestinali, alături de streptococi, stafilococi, klebsiele, colibacili.

Patogenie

Infecția ajunge la vezica biliară prin torontul sangvin sau limfatic. S-a mai descris și o infecție ascendentă din duoden prin căile biliare îndeosebi în caz de dizenterie, salmoneloză, helmintiaze etc.

Anomaliile de dezvoltare ale vezicii biliare (inflexiuni la nivelul gâtului, corpului, septuri) se întâlnesc frecvent la copii. Deoarece conduc la staza biliară pot servi ca factori predispozanți în dezvoltarea colecistitelor acute.

Clasificarea colecistitei acute

- Catarală;
- Flegmonoasă;
- Gangrenoasă (distructivă).

Tabloul clinic

Debutează subit, de regulă în plină sănătate, mai frecvent noaptea, apare febra, dureri colicative în regiunea hipocondrului drept, mai rar în tot abdomenul. Iradierea subscapulară și umărul drept pentru copii nu este atât de caracteristică ca la maturi. Sindromul algic durează de la câteva minute până la câteva ore. La majoritatea bolnavilor durerea este însoțită de vomă, grețuri. Sunt prezente semne de intoxicație: tegumente palide, mucoasa cavității bucale uscată, limba saburală, constipații, cefalee. Icterul de intensitate medie apare la unii din copiii bolnavi (în 20 % de cazuri).

La examenul obiectiv: abdomenul puțin balonat, rigiditatea mușchilor abdominali, mai pronunțată în regiunea hipocondrului drept.

Hemograma arată o leucocitoză cu neutrofiloză, VSH accelerată.

Diagnosticul diferențial

Colecistita acută se diferențiază cu apendicita, hepatita virală, pneumonia crupoasă pe dreapta, gastrita acută, pielonefrita, forma abdominală a maladiei Schonlein-Henoch.

Evoluție

În general evoluția colecistitelor este favorabilă. Semnele de intoxicație, febra durează câteva zile, apoi treptat dispar. Rareori în colecistitele flegmonoase și gangrenoase se impune un tratament chirurgical.

Numai în 30% din cazuri colecistita acută se tratează definitiv, în rest trece în colecistita cronică.

Tratamentul

- Regim la pat;
- Regim hidric abundent (ceai cu zahăr, apă minerală);
- Masa nr.5 după Pevzner;
- Antibioterapie (Ampiox, Cefuroxin, Cefamizin);
- Spasmolitice (Atropină, Metacină, Platifilină);
- Analgezice (Baralgină, Promedol);
- Terapie infuzională - în forme grave.

Copilul este supravegheat de pediatru și chirurg.

Colecistita cronică

Colecistita cronică prezintă inflamația secundară a căilor și veziculei biliare, ce se dezvoltă pe fundalul discoliei, dischineziei, anomaliilor de dezvoltare ale căilor biliare.

Etiologie

Inflamația cronică a căilor și veziculei biliare poate fi atât infecțioasă, cât și neinfecțioasă. Dintre bacterii mai frecvent sunt implicați stafilococii, germeni intestinali, proteusul, virusurile hepatitei A, E, adenovirusurile, enterovirusurile.

Cauzele neinfecțioase în colecistita cronică:

- Reflux duodeno-biliar în dischinezia hipomotorie;
- Reacții alergice în diatezele atopice;
- Disbacterioza.

Patogeneza

Deosebim forma acalculoasă și calculoasă de colecistita cronică. La copii prevalează formele necalculoase. Infecția atinge vezicula biliară ascendent prin ductus choledochus, sau limfatic și hematogen (din cavitatea bucală, rinofaringe, plămâni, rinichi etc). Când schimbările morfologice sunt numai în mucoasa veziculei biliare, procesul are un caracter cataral și funcția veziculei biliare este păstrată. În formele avansate pereții veziculei biliare se îngroașă, se sclerozează, apare pericolecistita ce conduce la dereglarea funcției cu formarea dopurilor epiteliale, a concremențelor.

Tabloul clinic

Pentru colecistita cronică este caracteristic: sindromul astenovegetativ, de intoxicație, dispeptic, colestatic, duror. Sindromul duror se caracterizează prin dureri surde, sîcîitoare, de compresie ce se agravează la 20-30 minute după o masă cu alimente reci, grase, picante, băuturi gazoase. Durerile pot apărea la efort fizic sau fără motiv. Periodic durerile pot fi în formă de acces de tip colicativ cu o durată de 30 min până la câteva ore. Localizarea durerii este diferită: hipocondrul drept, regiunea epigastrală sau fără o localizare concretă.

Bolnavii acuză slăbiciuni generale, oboseală, cefalee, temperatură subfebrilă, greață, amărăciune în gură, vomă, eructații, scaun instabil (diaree ce alternează cu constipații).

La examenul obiectiv: ficatul este puțin mărit, tegumentele palide. Schimbările din partea aparatului cardiovascular se manifestă prin tahi- și bradicardie, puls labil, suflu sistolic funcțional.

Diagnosticul pozitiv

Se face în baza:

- Anamnezei;
- Datelor sondajului duodenal;
- Rezultatelor colecistografiei, hepatobilioscintigrafiei;
- Ultrasonografiei;
- Hemogramei și probelor biochimice (pentru a aprecia funcția ficatului, pancreasului).

Hemograma bolnavilor cu colecistita cronică în acutizare arată o leucocitoză cu neutrofiloză, VSH accelerată, mai rar anemie. În remisiune acești indici sunt în limitele normei.

În probele biochimice la bolnavii cu colecistită cronică în acutizare se observă disproteinemie cu avansarea nivelului de globuline.

Sondajul duodenal fracționat în 5 etape permite de a aprecia tipul secreției duodenale, microscopia bilei, examenul bacteriologic și biochimic.

Un criteriu de diagnostic important în colecistitele cronice este prezența în bila *porției "B"* a *leucocitoidelor*, *microliților* (aglomerări de mucus, leucocite și epitelii celulare), cristalelor de colesterol, conglomeratelor de acizi biliari și bilirubinat de calciu. De asemenea se pot depista lamblii.

Schimbările biochimice ale bilei în colecistite se manifestă prin mărirea cantității de proteine, disproteinemie, mărirea concentrației de IgG, A, fosfataza alcalină. Cantitatea de lizozim, bilirubina scade.

Criteriile ecografice în colecistita cronică sunt:

- îngroșarea pereților veziculei biliare mai mult de 3 mm și deformarea lor;
- indurarea și/sau stratificarea pereților veziculei biliare;
- micșorarea dimensiunilor veziculei biliare;
- cavitatea veziculei biliare neomogenă.

Colecistografia se efectuează pentru a exclude anomaliile de dezvoltare ale căilor biliare.

Tratamentul

- Regim la pat se indică în acutizare cu prezența febrei și a sindromului dolor. La dispariția acestora se trece la regim liber pentru a evita staza de bilă;
- *Dieta nr.5 după Pevzner*, cu excluderea alimentelor reci, picante, prăjite, substanțelor extractive, conservelor, ciocolatei, prăjiturilor;
- În acces de colică biliară, pentru cuparea sindromului dolor se indică 0,1% atropină, Papaverină, No-șpa, Baralgină. Dacă colica nu se jugulează se recurge la Promedol sau Pantopon cu Atropină;
- *Antibioterapie* se prescrie pe 7-10 zile, de preferință se administrează antibiotice cu spectru larg de acțiune - Ampiox, Gentamicină, Cefalosporine. Acțiune antibacteriană au și așa preparate ca Nicodina, Oxafenamidul, Furazolidonul. În caz de depistare a lamblilor se indică tratament specific cu Metronidazol.
- *Vitaminoterapie*: în perioada acută se administrează vitaminele A, C, B, PP;
- În tratamentul colecistitelor pe larg se utilizează *colereticele*, care micșorează staza biliară, ceea ce sporește reducerea procesului inflamator (Alohol, Liobil, Flamin, Colenzim, Holagol) pe o durată de 20 zile;
- În tratamentul colecistitelor pe larg se indică ape minerale de o mineralizare joasă și medie (Essentuchi 4, 17) și gimnastică curativă.

Dispensarizarea

Evidența dispensarică a bolnavilor cu colecistită cronică se efectuează pe parcursul a 3 ani, în dischinezii - 1,5 ani. Se recomandă respectarea dietei Nr.5 pe parcursul a 3 ani, terapia coleretică în primul an se recomandă trimestrial, cu durata de 1 lună, în următorii ani - 2 ori/an, tratamentul disbiozei o dată în an timp de o lună.

Profilaxia

- Sanarea focarelor de infecție;
- Gimnastică curativă;
- Sanarea focarelor cronice;
- Alimentația rațională conform vârstei;
- Mod de viață activ.

DISMICROBISMUL INTESTINAL

Dismicrobismul intestinal - dereglarea calitativă și cantitativă a compoziției microflorei intestinale manifestată prin perturbări morfofuncționale intestinale.

Nou-născutul se naște cu intestinul steril, care numai după 10-20 ore este populat de diferite bacterii și abea la vârsta copilului de 3-4 săptămâni se stabilește microflora saprofită intestinală. Flora intestinală este prezentată de microorganismele: Bifidum bacterii - 90%, Lactobacterii, bacteroizi, streptococi acidolactici, enterococi, fuzobacterii, eubacterii, clostridii, E. Coli (tipice, lactozonegative, hemolitice), enterobacterii potențial patogene (Klebsiella, Citrobacter, Proteus), fungi de tipul Candida, stafilococi saprofiți epidermali.

Factorii de risc

- *Diferite afecțiuni în timpul sarcinii:* infecții ginecologice, respiratorii, nefrouinare cu utilizarea antibioticoterapiei, afecțiuni cronice gastrointestinale, boli alergice, anemii;
- *Prematuritatea:* imaturitatea funcțională și morfologică a sistemului gastrointestinal, insuficiența sistemului fermentativ digestiv;
- *Cauze neonatale:* aplicarea tardivă la sân a nou-născutului, septicemia, pneumoniile, maladiile supurative ale pielii, tratament cu antibiotice, îngrijire defectuoasă, mastită la mamă etc;
- *Alimentație neadecvată:* alimentația artificială, utilizarea produselor lactate neadaptate la sugar, diversificarea incorectă a alimentației, subalimentația, supraalimentația;
- *Maladii ale sistemului digestiv:* boli diareice acute, maladii cronice gastro-intestinale, pancreatite, hepatite, dischinezia biliară, colecistite, diareea cronică în boala celiacă, anomalii gastrointestinale (stenoze, duplicații etc), intervenții chirurgicale gastrointestinale etc.;
- *Maladii helmintice:* enterobioza, ascaridiaza, amebiaza, teniaza, trihocefaloza, trichinoza etc;
- *Antibiotapie de durată* în infecții bronhopulmonare, nefrouinare, intestinale, septicemii, în intervenții chirurgicale etc.;

Rolul microflorei intestinale normale

1. *Funcția de protecție*

- Distruge microorganismele patogene și potențial patogene (Salmonella, E. coli, Klebsiella, Pseudomonas, Proteus) datorită secreției de către bacteriile saprofite a acidului lactic, formic, acetic etc, ce posedă acțiune bactericidă;
- Stabilizează permeabilitatea mucoasei intestinale;
- Posedă funcția de detoxicare echivalentă funcției de detoxicare a ficatului. La dereglarea acestei funcții se dezvoltă hepatitele toxice;

2. *Funcția metabolică*

- Reglează metabolismul colesterolului (lactobacteriile și bifidumbacteriile catabolizează colesterolul în acizi biliari, pigmenți biliari);
- Facilitează sinteza vitaminelor grupului B (B₁₂, B₆), K, E, D acidul folic, acidul nicotinic;
- Reglează metabolismul diferitor minerale: Na, K, Ca, Zn, Fe, Mn, P, Cl, Mg, etc;
- Reglează metabolismul proteinelor;

3. *Funcția digestivă*

- Stimulează peristaltismul intestinal;

- Sporește sinteza diferitor fermenți ca lipaza, amilaza, proteaza;
- Facilitează digestia hranei și absorbția compușilor nutriționali (aminoacizilor, glucidelor, compușilor lipidici, mineralelor, vitaminelor);

4. *Funcția imunologică*

- Favorizează sinteza Ig A cu proprietăți antiinfecțioase locale, stimulează fagocitoza protejând astfel mucoasa intestinală de acțiunea agresivă a diferitor bacterii patogene;
- Sporesc rezistența mucoasei intestinale față de factorii cancerogeni;

5. *Funcția antialergică*

- Reduce acțiunea alergizantă a diferitor alimente, substanțelor toxice, medicamentelor;
- Reduce permeabilitatea mucoasei intestinale pentru alergeni;

Tablou clinic

- ***Dismicrobismul de gradul I***

Manifestările clinice sunt de obicei absente, însă uneori copiii acuză inapetență, dureri neînsemnate în abdomen, balonări. Examenul coprologic exprimă un dezechilibru minim al biocenozei intestinale. Se reduce cu 1-2 niveluri concentrația florei bifidum și lactobacteriilor. Funcția fermentativă a E. Coli este normală. Bacteriile potențial patogeni se află în stare de eubioză cu flora saprofită intestinală.

- ***Dismicrobismul de gradul II***

Se consideră o formă compensată a dismicrobismului. Simptomele digestive sunt mai pronunțate și se manifestă prin scăderea apetitului, grețuri, regurgitații, vărsături, garguisment intestinal, balonări. Scaunele devin diareice, de 2-4 ori/zi, cu multă verdeață, fetide. Uneori la copii se observă constipații. *Examenul coprologic* denotă deficit de bifidumbacterii și lactobacterii, micșorarea tulpinelor normale de E. Coli, creșterea concentrației de S. Aureus și a Candidelor.

- ***Dismicrobismul de gradul III***

Manifestările clinice indică un dismicrobism subcompensat cu simptome generale ca subfebrilitatea, iritabilitatea, astenia. Simptomele gastrointestinale devin mai evidente: inapetență, dureri abdominale sub formă de crampe, meteorism exprimat, regurgitări, vărsături. Apare deficitul ponderal, tegumentele devin palide, uscate, turgorul și elasticitatea micșorate. Pe fundalul reducerii mecanismelor imunologice la copii se asociază diferite maladii infecțioase. Scaunele diareice sporesc pînă la 6-8/zi, conțin multă verdeață, sunt fetide, spumoase. Hemograma prezintă semne de anemie, leucocitoză, neutrofilie, majorarea VSH. *Examenul coprologic* indică deficit pronunțat de bifidumbacterii, majorarea ponderii E. Coli atipice și hemolitice, concentrații majorate de stafilococi, enterobacterii și a concentrației de Candida.

- ***Dismicrobismul de gradul IV***

Manifestările clinice sunt foarte pronunțate. Copiii acuză cefalee, astenie, inapetență, temperatura corporală se ridică pînă la 39-40°C. Sindromul gastrointestinal se manifestă prin dureri abdominale pronunțate, meteorism, pareză intestinală, vărsături, hepatomegalie. Sunt posibile tulburări de nutriție ca malnutriția, anemia, rahitismul, care pregătesc fundalul pentru maladii infecțioase severe ca pneumoniile, pielonefritele, otitele etc. Scaunul diareic devine de 8-12 ori /24 ore, nedigerat, cu mucozități și multă verdeață, miros fetid sau acid, striuri de sînge. Hemograma indică progresarea anemiei și a leucocitozei, VSH majorată. *Examenul coprologic* prezintă deficit avansat de bifidumbacterii și lactobacterii, concentrații înalte de E. coli agresivă, de S. aureus, Proteus, Klebsiella, Pseudomonas, colonizare cu Salmonelle, Shigelle, concentrații sporite de anaerobi sporogeni;

Tratamentul

1. Regimul alimentar

- Alimentația naturală la sân pentru copilul sugar. În alimentația artificială se indică amestecuri lactate acidulate ce vor optimiza procesele de digestie eficientă (NAN acidulat, NAN-2 cu bifidobacterii). Actualmente se bucură de succes amestecul Semper, suplimentat cu lactuloză, a cărui efect se observă peste 3-4 zile după utilizare prin stimularea normalizării funcției florei intestinale;
- Pentru copiii mai mari de 1 an – produse lactate fermentate (chefir, lapte acru, brânză, Biolact, Vitalact, Bifidolact), terciuri funcționale cu bifidobacterii (orez-malai și alte cereale);
- Administrarea produselor vegetale cu efecte asupra motoricii sistemului intestinal și efect bactericid:
 - *efecte bactericide*: rodie, mere, caise, fragii, zmeura, măcieș, cornișoare, coacăză neagră, afinele, scoruș, scorțișoarele, ceapa, usturoiul, mărul, hreanul, ardeiul, morcovul, ridichea neagră;

2. Terapia cu probiotice

Probioticele prezintă remedii medicamentoase compuse din bacterii saprofite care intră în compoziția normală a microflorei intestinale. Din ele fac parte: Bifidumbacterin (suspensie liofilizată de bifidobacterii vii Bifidum), Bifidumbacterin lactat (B. bifidum, B. longum, ce produc enzime cu tropism la flora potențial patogenă Proteus, Staphilococcus aureus, E. coli), Subtil, Bificol (preparat combinat din bifidum bacterii și E. coli), Linex, Probifor, Biform, Biosporin;

3. Terapia cu prebiotice

Prezintă o varietate a glucidelor, obținute pe cale sintetică, care nu conțin microorganisme vii. Acționează favorabil asupra macroorganismului, stimulând creșterea și dezvoltarea florei saprofite, reducând germeii de putrefacție. Prebioticele nu se supun acțiunii fermenților intestinului subțire și nimerind neschimbate în intestinul gros prezintă substratul alimentar pentru bacteriile saprofite.

Forme farmacologice: Diufalac, Inulin, Eubicor, Hilac-forte etc. Ele se indică de obicei în combinație cu probioticele.

4. Terapia cu bacteriofagi

Bacteriofagii specifici lizează bacteriile patogene și potențial – patogene și nu se administrează simultan cu remediile probiotice.

Forme farmacologice: Intestibacteriofag (polivalent), Bacteriofag coliproteic, Bacteriofag Klebsielos, Bacteriofag antistafilococ, Bacteriofag antiptioceanic.

5. Enterosorbentele

Au funcția de absorbție a agenților microbieni patogeni, a toxinelor intestinale și a produselor metabolismului bacteriilor patogene.

6. Fermentoterapia

Se indică cu scopul de stimulare a proceselor de digestie în tractul gastrointestinal și optimizarea absorbției substanțelor nutritive;

Forme farmacologice:

- Remedii cu pancreatină: Pancreatin, Creon, Oaza, Triferment;
- Remedii cu pancreatină, compuși biliari, celuloză: *Festal, Mezymb-forte, Digestal*;

7. Vitaminoterapia

Are ca scop corecția hipovitaminozelor secundare produse în urma disbiozei intestinale.

Forme farmacologice: vitaminele grupului B: Vit B, Vit B₂, Vit B₃, Vit B₅, Vit B₆, Vit B₁₂, acidul folic; vitamine liposolubile: Vit A, Vit D, Vit E;

8. Fitoterapia

- Acțiune antiinflamatoare: coaja de stejar, nucul, mușetelul, măcieșul, rodia, pojarănița, pătlagina, fructele de arin;
- Acțiune spasmolitică: valeriana, menta, pojarănița, pelinul, mușetelul;
- Acțiune mucilaginoasă: amidonul, zmeura, orezul, ovășul, rădăcina alteei;

Profilaxia dismicrobismului intestinal

1. Profilaxia prenatală

- Administrarea probioticelor gravidelor cu infecții ginecologice, focare cronice de infecții (stomatologice, pulmonare, nefrouinare etc), în cazul terapiei cu antibiotice, sau remedii hormonale, boli alergice;

2. Profilaxia neonatală

- Administrarea remediilor probiotice copiilor cu riscuri de disbioza intestinală: alimentație artificială, nou-născuți cu maladii infecțioase, antibioticoterapie;

3. Profilaxia postnatală

- Administrarea probioticelor copiilor în maladii acute și cronice ale sistemului digestiv, în tarapia cu antibiotice a diverselor boli infecțioase, în tratamente oncologice (chimioterapie, medicație citostatică, radioterapie);

Pronostic

- *Favorabil* - restabilirea biocenozei intestinale;
- *Evoluție recidivantă* - în persistența factorilor cauzali, predispozanți.

CAPITOLUL 5

HELMINTIAZELE

L. Cerempei, S. Cobîleanski, E. Cucieru, T.Țurcan, L. Botnarcu, R. Cușnir

Helmintiazele digestive întrunesc o serie de maladii provocate de helminți, care pot parazita în diferite organe: intestine, mușchi, ficat, plămâni, creier etc.

Copiii sunt foarte expuși parazitozelor intestinale și în deosebi la acele parazitoze la care contaminarea se face pe cale orală din cauza:

- felului lor de a se juca;
- nerespectarea igienei;
- folosirea alimentelor infectate;

În lume sunt înregistrate peste 250 tipuri de helminți, care pot parazita în organismul uman, în Moldova – peste 70 de tipuri.

Helminții se clasifică în 3 clase mari:

- Nematoda (viermi cilindrici);
- Cestoda (viermi plați);
- Trematoda (viermi inelari).

În dependență de sursa de invazie helmintiazele se împart în 3 grupe:

- Geohelmintiazele;
- Biohelmintiazele;
- Helmintiazele de contact.

Geohelmintiazele se transmit omului prin sol, prin intermediul legumelor, fructelor, apei infectate. Din această grupă fac parte: *ascariidiază, tricocefaloza* etc.

Biohelmintiazele se transmit prin intermediul altor organisme. Provocatorul bolii schimbă 2-3 gazde pînă se maturizează. Se transmite o dată cu consumul cărnii, laptelui etc. Din această grupă fac parte: *teniaza, opistorhoza* etc.

Helmintiazele le contact. Provocatorii acestor boli se dezvoltă pînă la maturizare prin apropierea omului (lengerie, unghii, jucării etc.). Se transmit prin intermediul mâinilor murdare. Din această grupă face parte *enterobiaza*.

50% din toate helmintiazele depistate la om o constituie cele provocate de viermii rotunzi numiți nematode. În organismul uman pot parazita mai multe tipuri de helminți.

ASCARIDIAZA

Este o geohelmintiază care se transmite pe cale fecalo-orală fără a schimba gazda. Conform datelor OMS în lume au fost înregistrați peste un milion de bolnavi de ascaridiază.

Etiologia

Agentul etiologic al bolii este *ascaris lumbricoides*, un nematod de culoare roză.

- Femela matură are lungimea de 25-40 cm, capătul distal ascuțit;
- Masculul are lungimea de 15-20 cm, capătul distal rotundit.

Ascarizii adulți parazitează în intestinul subțire. După fecundare femelele depun ouă neembrionate (neinvazive), care sunt eliminate cu scaunele. O femelă poate produce pînă la 200 mii ouă pe zi. În sol pe fondalul umidității și căldurii (temperatura 24-30°C) oul se

embionează și devine infecțios (în 2-3 săptămâni). În mediul extern ouăle de ascarizi sunt foarte rezistente. În sol se păstrează pînă la 3-6 ani.

Contaminarea se face prin ingestia ouălelor cu alimentele murdare. La răspîndirea ouălor infestante pot contribui și muștele, păsările, apa de ploaie, mîinile murdare, jucăriile. Mai frecvent infestarea se produce în lunile de vară-toamnă.

În intestin învelișul oului este lizat de suc gastric și astfel se eliberează larva care perforează peretele intestinal, pătrunde în sîngele venos și cu acesta traversează *ficatul, venele suprahepatice, vena cavă inferioară ajungînd la inima dreaptă și apoi în plămîni*; aici ea perforează alveola, urcă de-a lungul arborelui respirator și ajunge în faringe, unde este înghițită și apoi în intestin se transformă în vierme adult.

Manifestările clinice

În clinica ascaridiazii se deosebesc 2 faze: larvară și intestinală.

Faza larvară

(pulmonară, de invazie, de migrație)

Se caracterizează prin apariția *sindromului Loffler* manifestat prin febră, tuse uscată, chinuitoare, mai rar dureri toracice și hemoptizii. Examenul radiologic evidențiază zone de matitate (opacități) cu limite imprecise în ambii cîmpi pulmonari. Caracteristic este că aceste imagini sunt labile, pot dispărea spontan în cîteva zile. Constant în această fază este hipereozinofilia sangvină. Ocazional larvele pot fi evidențiate în spută.

De asemenea în faza migratoare are loc sensibilizarea organismului cu produsele toxice eliminate de ascarizi, astfel apar diferite manifestări alergice, ca pruritul cutanat, pruritul nazal, urticarie etc.

Faza intestinală

Evoluția ascaridiazii în această fază este de obicei latentă, uneori asimptomatică. Manifestările cele mai grave se întîlnesc îndeosebi în infestațiile masive și se caracterizează prin următoarele semne:

- **Tulburări digestive:** vărsături (uneori cu eliminarea ascarizilor), dureri abdominale cu caracter general, uneori cu caracter de colici, diaree. În unele cazuri durerile sunt localizate în jurul ombilicului, în regiunea epigastrală sau în zona iliacă dreaptă imitînd o apendicită. Unii bolnavi acuză inapetență, în timp ce alții prezintă bulemie. Poate apărea modificarea gustului, prezența gustului sărat în gură. Uneori apare scaunul diareic, iar în cazuri grave, chiar mucosangvinolent;
- **Semne nervoase:** ticuri, tulburări de somn și de comportament, meningism, cefalee, astenie, amețeli, reducerea randamentului școlar. În formele grave pot apărea convulsii;

Complicații

- Ocluzii intestinale (pachete de ascarizi obturează lumenul intestinului);
- Apendicite (deplasarea viermilor în lumenul apendicular);
- Icter obstructiv acut (migrarea ascarizilor în căile biliare);
- Pancreatită acută, absec hepatic (deplasarea viermilor în canalul Wirsung, canalele hepatice);
- Perforația peretelui intestinal cu dezvoltarea peritonitei generalizate;

Copii sunt predispuși la ocluzii intestinale din cauza diametrului mai mic al lumenului intestinal comparativ cu adultul. Viermii adulți sînt stimulați să migreze în timpul febrei, îmbolnăvirilor, anestezie, de unele droguri antihelmintice.

Diagnostic

- **În stadiul larvar** diagnosticul se bazează pe semnele clinice și mai ales pe cele radiologice. Hemograma poate prezenta leucocitoză și eozinofilie. Examenul parazitologic al scaunelor este negativ pînă spre a 60 zi după infestare.
- **În faza intestinală** diagnosticul se bazează pe examenul coproparazitologic, hipereozinofilie, ultrasonografie, și rareori pe descoperirea viermilor adulți în scaune, lichidul de vărsături.

Tratament

În pneumonia ascaridiană se indică antihistaminice și alt tratament simptomatic.

În faza intestinală se indică un tratament specific, chiar dacă boala evoluează latent,

cu preparate antihelmintice:

Mebendazol 100mg de 2ori/ zi în decurs de 3 zile, este medicamentul de elecție.

Alternative:

- *Pirantel-pamoat*- 10 mg/ kg, în doză unică (maximum 1 gr).
- *Albendazol* 400 mg, în doză unică;
- *Thiabendazol* (antihelmintic cu spectru larg de acțiune) se administrează în doza 25 mg/kg/zi, fracționat în 2 prize, timp de 2-5 zile;
- *Levamisol* (Decaris)- 3 mg/kg/zi, în doză unică.
- *Vermox*- doza unică 100 mg de 2 ori/zi, timp de 2 zile;
- *Vermigal* - 5 mg /kg în doză unică;
- *Săruri de piperazină* – 75 mg /kg /zi, în doză unică zilnică, timp de 2 zile.

Preparatele antihelmintice paralizează musculatura viermilor care apoi sunt eliminați prin peristaltica intestinală. În caz de complicații chirurgicale se impune intervenția operatorie corespunzătoare.

Terapia simptomatică:

- *Polivitamine;*
- *Fermentoterapia;*
- *Preparatele ferului în anemie.*

Tratamentul medicamentos este completat cu toaleta anală cu apă caldă și săpun de 2 ori pe zi. În condiții de staționar poate fi folosită și metoda oxigenoterapiei (100ml/ anul de viață, intrarectal).

Măsuri de control și educație sanitară

- Depozitarea sanitară a fecalelor;
- Igienizarea zonelor de joacă ale copiilor;
- Fructele / legumele crude vor fi bine spălate înainte de a fi consumate;
- Informația sanitară a populației;
- Examinarea scaunelor pacienților la 2-3 zile după tratamentul medicamentos;
- Helminții eliminați de bolnavi sunt inactivați cu clorură de var (200gr la 1 kg de materii fecale) sau cu uncrop într-un vas închis în decurs de 30- 40 minute.

OXIURAZA (ENTEROBIAZA)

Boala este cauzată de oxiuri (*Enterobius vermicularis*) și se manifestă prin semne generale și digestive. Suferă în deosebi școlarii și preșcolarii.

- Oxiurul este un vierme rotund de culoare albă. *Femela* măsoară 9-12 mm lungime și are extremitatea caudală efilată;
- *Masculul* are 3-5 mm lungime și extremitatea caudală recurbată.

Viermii adulți trăiesc în regiunea ileonului și cecoapendiculară. După fecundare și maturarea ouălor, femela migrează în rect și depune ouăle la nivelul anusului, în plicile perianale și perineale. După depunerea ouălor (10.000- 15.000) femela piere. Ouăle necesită 4-6 ore de la depunere pentru a deveni infestante și își păstrează calitățile sale timp de 20-30 zile, dacă se află într-un mediu închis, umed.

Contaminarea are loc:

- pe cale fecal-orală, prin intermediul jucăriilor, alimentelor infectate, mâinilor murdare.
- În oxiiurază este posibilă și autoinfectarea când, în timpul scărpinării zonei pruriginoase perianale ouăle sunt luate pe degete și apoi duse în gură.
- Este admisă și infectarea de oxiiurază prin inhalarea ouălelor din aerul contaminat.

Manifestări clinice

Boala poate avea o evoluție latentă sau poate fi mai manifestă cu următoarele semne clinice:

- *Prurit anal*, legat de fixarea femelelor pe mucoasa anală; este vesperal (la culcare) și uneori intermitent; este de intensitate diferită și responsabil de leziuni de grataj: mici hemoragii și suprainfecții.
- La fetițe pruritul anal poate fi însoțit de *prurit vulvar* prin pătrunderea femelelor în vagin și apariția vaginitelor. Uneori oxiiurii ajung în uter, ovare, peritoneu, provocând salpingite, peritonite.
- *Tulburări digestive* sunt nespecifice: greață, inapetență, dureri abdominale localizate în regiunea cecoapendiculară, tulburări de tranzit intestinal. Cu toate că oxiiurii sunt prezenți în apendice, declanșarea crizelor apendiculare sunt discutabile.

Diagnostic

Este adesea făcut de părinți, care observă viermii adulți la suprafața scaunelor sau la nivelul marginii anale.

Cercetarea fecalelor prin tehnici coprologice obișnuite este de obicei negativă, deoarece ouăle nu sunt depuse în intestin. Rezultate pozitive se obțin prin metoda raclajului perianal.

Hematograma prezintă o eozinofilie moderată (5-10%), rareori crescută (20-50%).

Tratament

1. Medicamentos:

- *Combantrin* este drogul de elecție. Se administrează 10mg/kg în doză unică, se repetă doza după 2 săptămâni.
- *Mebendazol (Vermox, Permax)* doza unică 100mg, PO (peros), indiferent de vîrstă, se repetă după 2 săptămâni.
- *Albendazol*, doza unică de 400mg, PO, se repetă după 2 săptămâni.
- *Pamoatum de pirviniu (Vermigal, Malevac)* 5mg/kg în doză unică, PO, se repetă după 2-3 săptămâni.
- *Derivații de piperazină* 50-60mg/kg/zi în doză unică, 7-8 zile consecutiv. Cura de tratament se repetă după 2-3 săptămâni în aceeași doză.

2. Măsuri generale, educație sanitară:

Se prescrie o igienă corectă cu scopul prevenirii autocontaminării:

- Tăierea unghiilor;
- Spălarea și perierea mâinilor înainte de masă și după defecație;
- Purtarea unei pijamale sau chiloțași închiși;
- Schimbarea zilnică a lenjeriei de corp;

- Fierberea rufăriei de corp și de pat sau dezinfectarea ei cu ajutorul fierului de călcat încins;
- Păstrarea lenjeriei murdare în vase speciale închise;
- Curățarea în casă cu aspiratorul;
- Deridicarea umedă zilnică a încăperii;
- Spălarea de 2 ori pe zi a regiunii perianale cu apă și săpun și ungerea locală cu oxid galben de mercur de 2%, unguente indeferente pentru copii sau unguent cu anestezină;
- Spălarea jucăriilor cu ajutorul soluțiilor antiseptice;
- Dezinfectarea olițelor, viceului;
- Tratarea simultană a întregii familii.

Este foarte important pentru personalul instituțiilor infantile de a educa la copii deprinderi igienice corecte, ce vor proteja copiii de eventualele infestări.

Probleme posibile la părinți

- Informații insuficiente cu referire la helmintiaze;
- Subaprecierea stării de boală la copil;
- Riscul reinfectării tuturor membrilor familiei;
- Insuficiența culturii sanitare;
- Defecte în educația copilului;

Consilierea părinților

- Completarea cunoștințelor părinților privitor helmintiazelor la copii;
- Crearea mediului decent de îngrijire (lipsa animalelor domestice, curățarea cu aspiratorul, ștergerea prafului, etc.);
- Instruirea părinților cu privire la îngrijirea copilului: tăierea unghiilor, dezinfectarea lenjeriei, spălarea pe mâini, spălarea jucăriilor, etc.;
- Instruirea copilului cu privire la respectarea igienei;
- Instruirea părinților privitor unei diete ușor asimilabile cu limitarea grăsimilor;
- Necesitatea examinării tuturor membrilor familiei;
- Instruirea părinților privitor administrării preparatelor antihelmintice.

CAPITOLUL 6

MALADIILE SISTEMULUI HEMATOPOIETIC

L. Cerempei, E. Cucieru, S. Cobîleanschi, L. Botnarciuc, R. Cușnir, T.Țurcan

ANEMIA FERIPRIVĂ LA COPII

Anemia este o stare patologică a organismului, caracterizată prin reducerea conținutului de hemoglobină și a numărului de eritrocite într-o unitate de volum a sîngelui.

Termenul "anemie" în traducere din limba greacă: "ana" – fără, "hemo" - sînge.

Ca urmare a micșorării indicelui hemoglobinic scade volumul de oxigen transportat către toate țesuturile și organele corpului uman, dereglînd astfel funcția lor. Cel mai mult suferă activitatea creierului și a mușchilor.

Numărul persoanelor care suferă de anemie crește din an în an. Conform datelor statistice relatate de OMS peste 1800 mln (peste 30%) locuitori ai planetei sunt anemici. În țările dezvoltate incidența anemiei atinge 10-20%, iar în țările sărace prevalența maladiei se apropie de 60-90%. Incidența cea mai înaltă este în Asia de Sud (ajungînd la 90%) și Africa (regiunea Sahara), în Moldova atinge 30-40% și variază la diferite categorii de vîrstă.

Mai periculos este faptul că majoritatea celor afectați de anemie sunt femeile însărcinate și copiii de vîrstă între 1-5 ani. Nou-născuții se pot naște cu tulburări neuropsihice și malnutriție. S-a dovedit că gravidele anemice pot deceda de 5-10 ori mai frecvent în timpul travaliului. De aceea la etapa actuală reducerea anemiei este o problemă ce preocupă întreaga lume.

Cadrele medicale trebuie să-și determine activitatea în această direcție prin sporirea educației sanitare a părinților care ulterior vor interveni benefic asupra sănătății propriilor copii.

Clasificarea anemiilor

I. După etiologie:

1. Anemii deficitare

- Feriprive;
- Proteinoprive;
- Prin hipo- și avitaminoze;

2. Anemii hipo- și aplastice

- Ereditare;
- Dobîndite;

3. Anemii posthemoragice

- Acute;
- Cronice;

4. Anemii hemolitice

- Congenitale;
- Dobîndite (imune, agresiune chimică, toxică);

5. Anemii simptomatice

- În leucemii, nefrite, boli infecțioase, patologii ale ficatului etc.;

II. După gravitate

- Ușoare;
- Moderate;
- Grave.

III. După indicele de culoare.

- Normocrome – (0,8 - 1,0);
- Hipocrome – (0,8);
- Hiperocrome – (1,0);

70-75 % din toate anemiile înregistrate sunt anemiile carentiale prin următorii factori:

- Fierul - care participă la sinteza hemului.
- Proteina - care formează globina.
- Vitamine - care reglează maturizarea eritrocitelor (B, E, acidul folic).

80-90% din toate anemiile deficitare o constituie anemia feriprivă.

Anemia feriprivă - o stare patologică determinată de reducerea conținutului de hemoglobină din cauza deficienței de fier în organism.

Cauzele anemiei

I. Depozit insuficient de fier

Ca depouri de fier servesc *măduva osoasă, ficatul, splina, mușchii*. Fierul în depouri este prezentat prin *feritină, ferosiderină, mioglobină*. Fierul din celulele parenchimatose sunt utilizate în procesul de eritropoieză cu ajutorul *transferinei*. Cantitatea de fier din depouri poate varia considerabil pe parcursul vieții. În organismul fătului fierul se acumulează pe parcursul întregii gravidității, însă cel mai intens (50-60%) în ultimele 2 luni de sarcină.

Depourile de fier vor fi micșorate la:

- *Copiii prematuri;*
- *În caz de sarcini multiple;*
- *Melena intrauterină;*
- *Copiii născuți de la femei cu anemie;*
- *Boala hemolitică a nou-născutului;*
- *Gravide cu focare cronice de infecție;*

II. Aport alimentar insuficient

Are loc în alimentația artificială precoce, utilizarea amestecurilor neadaptate, alimentarea cu lapte de vaci și lapte de capre, făinoase, dieta neechilibrată, lipsită de produse de carne.

Fierul nimerește în organism cu hrana, în special cu produsele de origine animală și numai 10% din fier ce se conține în alimente se reabsoarbe. Cantitatea de fier din hrana copilului primului an de viață este limitată și nu acoperă cerințele organismului în creștere. Fierul neonatal se epuizează către a 3-4 lună la copiii prematuri și la a 5-6 lună la copiii născuți la termen. Necesitatea zilnică de fier constituie 8mg.

III. Absorbție insuficientă a fierului

Absorbția și asimilarea fierului are loc în intestinul subțire, în prealabil în duoden și depinde de calitatea hranei, nivelul secreției sucului digestiv, starea funcțională a membranei mucoase.

Absorbția se micșorează în:

- Patologii ale tractului digestiv (gastrite, enterocolite, sindromul congenital și dobândit de malabsorbție, ulcere intestinale, polipi intestinali);

- Lipsa unor factori favorizanți absorbției (vitamina C, acid clorhidric, acidul folic etc.);
- Prezența factorilor inhibitori absorbției ca *fosfații, carbonații, fitații etc.*;

IV. Necesitățile sporite de fier

- Primii 2 ani de viață caracterizați prin creșterea accelerată a copilului;
- Copiii cu tip constituțional limfatic;
- Perioada prepubertară și pubertară, caracterizată prin creștere accelerată și necesități sporite de fier;

V. Pierderi patologice de fier

Pierderi patologice se consemnează în hemoragii de diferite geneze, ulcere și polipi intestinali, maladii alergice, hematurie, metroragii abundente în perioada de instalare a menstruațiilor la fete și dereglările menstruale ulterioare etc.

În normă au loc și *pierderi fiziologice* de fier prin transpirație, cu urina, cu fecalele etc.

VI. Tulburări de transport a fierului prin insuficiența activității transferitinei în organism. Cunoașterea cauzelor deficienței de fier în organism permit delimitarea copiilor în grupe de risc cu planificarea diferitor activități profilactice.

Patogeneza

Fierul este un component esențial al hemoglobinei, mioglobinei și enzimelor, servește pentru transportul și participarea oxigenului la procesele de metabolizare, stimulează creșterea și proliferarea celulelor.

Dacă organismul este slab aprovizionat cu fier, atunci, deficiența de compuși ai fierului pot avea consecințe letale pentru celule și țesuturi. Îndeosebi suferă sistemul nervos, deoarece în perioada de creștere creierul are necesități sporite de microelemente.

Carența de fier din serul sangvin și măduva osoasă dereglează procesul de sinteză a hemoglobinei, care este un proces destul de complicat. Fierul este inclus în hem la etapele finale de sinteză a hemoglobinei, care are loc în normoblaștii măduvei osoase. Astfel normoblaștii se divid înainte de termen, formând eritrocite de tip *microcite, anizocite, poichilocite* etc., ce conțin mai puțină hemoglobină. Reducerea concentrației de hemoglobină generează creșterea hipoxiei anemice cu dereglarea metabolismului celular și ca urmare apariția proceselor distrofice în țesuturi și organe.

Manifestările clinice

În debutul maladiei este foarte dificil de a suspecta anemia, deoarece simptomele clinice sunt nespecifice și nu argumentează diagnosticul.

Debutul bolii este insidios cu instalarea progresivă a simptomelor în decurs de mai multe luni, spre exemplu la nou-născuții la termen semnele anemiei apar în general după vârsta de 5-6 luni și după vârsta de 2-3 luni la prematuri.

Perioada de stare a anemiei se caracterizează prin apariția sindromului sideropenic (anemic) care include:

- **Modificări epiteliale**

Apare paloarea la nivelul palmelor și plantelor, paloarea mucoasei cavității bucale și a buzelor cu descumarea lor ulterioară. Părul devine uscat și friabil.

- **Modificări gastro-intestinale**

Limba devine uscată, lucioasă, depapilată, care explică denaturarea gustului și mirosului cu apariția disfagiei. Copiii preferă să utilizeze în alimentație carne crudă, cretă, gheață etc. De asemenea devine atractiv mirosul de benzină, motorină etc.

Din cauza dereglării troficii mucoasei intestinale, micșorarea acidității sucului gastric pot apărea fenomene dispeptice manifestate prin greață, vărsături, regurgitații, scaun instabil etc. Sunt posibile și stomatite angulare, carii dentare.

- **Manifestări asteno-neurotice**

Se manifestă prin stare emoțională instabilă, caracterizată cu crize de iritare, negativism, apatie. Copiii acuză astenie, cefalee, amețeli. Unele date din literatură menționează că deficiența de fier facilitează absorbția accelerată a plumbului în tractul gastrointestinal care poate provoca dereglări grave neurologice, nefrologice și hematologice. Intoxicațiile cu plumb determină modificări ireversibile psihomotorii, intelectuale și de comportament.

- **Modificări cardiovasculare**

Pot apărea palpitații, tahicardie, atenuarea zgomotelor cardiace, suflul sistolic funcțional, tendința spre hipotonie, care generează răcirea tegumentelor. Mai rar se înregistrează dispneea și modificări distrofice în miocard.

- **Stare imuno-deficitară**

Se caracterizează prin diminuarea imunității celulare și majorarea incidenței infecțiilor respiratorii, afecțiunilor nefrouinare, intestinale etc.

Manifestările sideropenice depind de gradul deficienței de fier și a duratei lor de instalare. La copiii mici modificările descrise mai sus se întâlnesc rar, coilonihia nu se depistează defel. A fost constatat la fiecare al 3-a copil de vîrstă mică perversia gustului și a mirosului. Odată cu creșterea copiilor manifestările clinice avansează.

Frecvența manifestărilor clinice epiteliale în stările sideropenice la copii

<i>Semne clinice</i>	<i>Incidența în %</i>
Paloarea tegumentelor și a mucoaselor	90
Modificările părului și unghiilor	35
Tegumente uscate	25
Stomatită angulară	13,6
Depapilarea limbii	9

Criteriile de confirmare ale anemiei

Confirmarea maladiei se face după următoarele criterii:

- Anamneza;
- Manifestările clinice;
- Indicii de laborator:
 - Concentrația hemoglobinei în sânge;
 - Micșorarea indicelui de culoare mai jos de 0,8;
 - Determinarea nivelului fierului seric;
 - Determinarea anizocitozei, poichilocitozei, policromatofiliei etc.

Principalii indici ai sîngelui în normă și în anemia fierodeficitară

Indicii sîngelui	Valori normale	Formele anemiei		
		Ușoară	Moderată	Severă
Hemoglobina G/l	110-140	90-109	70-89	sub 70
Eritrocitele	4,0-4,5x10 ¹²	3,0-3,5x10 ¹²	2,5-3,0 x10 ¹²	2,50 x10 ¹² și mai mic
Indicele de culoare	0,85-1,05	0,7-0,8	0,6-0,7	0,5-0,6 și mai mic
Fierul seric, mmoli/l	10,6-33,6	9,1	7,7	7,1 și mai mic

Tratamentul

Principiile de bază ale tratamentului anemiei:

- Suspendarea cauzei;
- Organizarea regimului corect de îngrijire;
- Normalizarea secreției tractului digestiv;
- Tratamentul medicamentos.

Dietoterapia

Până nu demult se considera că formele ușoare și moderate de anemii se pot trata doar cu alimentele bogate în fier. Actualmente s-a constatat că reabsorbția fierului din produsele alimentare este limitată, chiar din alimentele cu conținut majorat de fier organismul uman este capabil să asimileze doar 2,0-2,5mg în 24 ore

În produsele alimentare fierul este prezent în formă *hemică și nehemică*. Mai eficient este reabsorbit fierul hemic, care se conține în produsele din carne. S-a mai constatat că fierul se utilizează mai intensiv din produsele alimentare de origine animalieră în care el se prezintă ca parte componentă a hemului și nu a feritinei sau hemosiderinei.

Conținutul de fer în produsele alimentare de origine animală

Produsele alimentare	Conținutul de Fe mg/100g	Forma de fier
Ficat	9	Feritină, hemosiderină
Limbă de vită	5	Hem
Carne de iepure	4,4	Hem
Carne de curcan	4	Hem
Carne de găină	3	Hem
Carne de vită	2,8	Hem
Scrumbie	2,3	Feritină, hemosiderină

**Conținutul de fier în produsele alimentare de origine vegetală
(mg/100g)**

Ciuperci uscate	35	Perje	1,9
Conopidă	16	Rădăcini de pătrunjel	1,8
Fructe de măcieș proaspete	11,5	Cireșe	1,8
Fructe de măcieș uscate	10,7	Zmeură	1,6
Hrișcă	7,8	Agriș	1,6
Arpacaș	7	Mărar	1,6
Ciuperci proaspete	5,2	Sfeclă	1,4
Piersici	4,1	Varză	1,4
Pere	2,3	Coacăză neagră	1,3
Mere	2,2	Morcov	1,2
Prune	2,1	Fragi de pădure	1,2

La copiii sugari până la vârsta de 6 luni necesitățile de fier sunt compensate cu laptele uman. După vârsta de 7 luni laptele matern nu mai satisface necesitățile de fier ale copilului, deoarece în 1 litru de lapte uman se conține 0,3 mg fier și pentru compensarea nevoilor de fier copilul ar avea nevoie pe zi de 15 litri lapte. Deaceea după vârsta de 7-8 luni se recomandă de administrat pireul de carne. Copiilor, alimentați artificial se recomandă amestecuri lactate adaptate, unde conținutul de fier este de 4-8 mg/l (în cele produse în SUA - 12 mg/l), însă reabsorbția este de 5 ori mai redusă ca din laptele uman.

Tratamentul medicamentos

Terapia stărilor fierodeficitare se efectuează cu preparate de fier de administrare perorală. Actualmente sunt indicate medicamentele cu conținut de fier bivalent (sulfat, fumarat, gluconat de fier). Frecvent în componența preparatelor de fier este inclus acidul ascorbic (300-500mg), care facilitează absorbția fierului. În ultimii ani au fost sustrate din producere remediile ce conțin fier trivalent, care facilitează instalarea fenomenelor dispeptice. Nu și-a găsit aplicare terapeutică siropul de aloe cu fier, din motiv că are un conținut redus de fier însă produce reacții dispeptice foarte frecvente.

Sugarilor se administrează de preferință forme fluide de preparate de fier (soluție, sirop): hemofer, tot-hema, maltofer. Foarte prudent se va administra fieroterapia copiilor cu dismicrobisme, deoarece se activează flora convențional patogenă cu apariția bolilor diareice. În aceste cazuri preparatele fierului se combină cu eubiotice.

Pentru adolescenți se indică preparatele de tipul sorbifier, tardiferon, ferrogradumet, care se absorb mai lent și sunt bine tolerate de bolnavi. Preparatele de fier se administrează cu 1-2 ore pînă sau după masă, iar în caz de toleranță proastă ele se pot consuma în timpul mesei (în acest caz absorbția fierului se va reduce). Nu se vor administra cu ceai, lapte deoarece la

fel se va reduce asimilarea lor. Remediile de fier nu se administrează concomitent cu unele medicamente, care reduc esențial asimilarea fierului (tetracicline, preparate de calciu, cloramfenicol, peniciline, antacide).

Doza terapeutică diurnă a preparatelor de fier constituie 5-8 mg/kg/24 ore. Inițial se va administra $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{4}$ din doza curativă (2-3 mg/kg/24 ore) cu majorarea ulterioară a dozei pe parcursul a 7-14 zile. Efectul terapeutic de la utilizarea preparatelor de fier se instalează treptat. Normalizarea indicelui hemoglobinic are loc spre săptămîna a 4-5-a de la inițierea tratamentului, însă aceasta nu exprimă și recuperarea deficienței de fier. ***De aceea fieroterapia se continuă pe parcursul încă a 2-3 luni după normalizarea nivelului de hemoglobină, micșorînd doza pînă la $\frac{1}{2}$ din cea terapeutică.*** Aceasta reprezintă timpul necesar refacerii rezervelor de fier. La prematuri se recomandă continuarea administrării remediilor de fier în doze profilactice după normalizarea hemoglobinei pînă la vîrsta de 2 ani, ce va permite restabilirea deplină a rezervelor de fier.

Pentru administrarea i/v: Ferum-lec, ectofer, fercoven etc.

Administrarea parenterală a preparatelor de fier se efectuează numai după indicații stricte și speciale, deoarece se pot produce diverse reacții adverse ca tromboflebite, dermatite atopice, disritmii, febra, șoc anafilactic, vărsături, convulsii, hematurie etc.

Din aceste motive, administrarea Fe i/m are indicații limitate:

- *patologii ale tubului digestiv;*
- *enterite;*
- *colite ulceroase;*
- *mucoviscidoze.*

Fe i/m se administrează o dată în 1-2 zile.

Transfuziile de sînge în anemii sunt indicate doar în stările foarte grave (Hb mai mică de 60g/l).

Efectul în urma hemotransfuziilor este de scurtă durată. Au fost înregistrate efecte negative și asupra hematopoiezei. Transfuziile de sînge prezintă pericole importante de infectare transfuzională.

La nivel de asistență medicală primară conform recomandărilor OMS anemia la copiii sub 5 ani este verificată după paloarea palmelor. La determinarea unei palori pronunțate copiii urgent se spitalizează, administrînd anticipat vitamina A. În cazul palorii moderate a palmelor copiilor se administrează preparate cu fier (sulfat și fumarat de fier) timp de 2 luni cu examinarea repetată a copilului la fiecare 14 zile.

Profilaxia

Profilaxia stărilor fierodeficitare este necesar să se inițieze din *perioada prenatală*, începînd cu a 2-a jumătate a sarcinii. Preferabilă este administrarea remediilor de fier bivalent asociat cu acidul ascorbic, care stimulează dezvoltarea fătului și protejează sistemul nervos central. Inclusiv gravidelor se recomandă aflarea îndelungată la aer liber, alimentația echilibrată cantitativă și calitativă.

Profilaxia postnatală prevede:

- Alimentația naturală cu administrarea la termen a hranei complementare. Este important de administrat complement ce conține fier doar ușor asimilabil (pireu din carne) în deosebi copiilor cu diateză alergică, cu creștere accelerată, prematurilor etc. Pînă la vîrsta de 3-4 luni laptele matern asigură metabolismul echilibrat al fierului în organism. La 5-6 luni cantitatea de fier ce pătrunde în organism cu laptele matern este insuficientă, deoarece în această perioadă un litru de lapte conține aproximativ 0,5 mg fier, care se absoarbe doar 50 %. Prin urmare aportul de fier în 24 ore este de 0,25mg (norma

constitue 1mg/24 ore). Astfel un copil după vârsta de 6 luni pentru acoperirea necesităților fiziologice ar fi trebuit să utilizeze 4 litri de lapte matern în 24 ore. De aceea pentru acoperirea acestui necesar copiilor la această vârstă mesele se completează cu piureu de carne. Copiilor alimentați artificial se recomandă substituenți adaptați cu conținut sporit în fier:

- Până la vârsta de 6 luni –*NAN-1, Nutrilon-1, Mamex, Frisolax*;
- Copiilor mai mari de 6 luni –*NAN-2, Hipp-2, Nutrilon-2*.

Există și substituenți speciali cu un conținut sporit de fier, destinați copiilor cu anemie - *Similac cu fier, Enfamil cu fier*, însă ele nu se administrează copiilor până la vârsta de 4-5 luni, deoarece pot genera dereglări intestinale.

- Respectarea regimului zilei, aflarea maximală a copiilor la aer curat;
- Profilaxia și tratamentul precoce al rahitismului, malnutriției, maladiilor respiratorii acute;
- Examinarea obligatorie la fiecare copil bolnav până la vârsta de 5 ani a palorii palmelor.

Dispensarizarea

Supravegherea copiilor cu anemie prevede examinarea lor la fiecare 14 zile cu efectuarea examenului clinic și de laborator. După normalizarea hemogramei fieroterapia în doze profilactice se mai continuă încă 2-3 luni, efectuând controlul hematologic lunar, apoi trimestrial.

După 12 luni de la normalizarea indicilor clinici și de laborator se întrerupe evidența dispensarică și copii sunt transferați din grupul II de sănătate în primul grup.

Probleme posibile la părinți

- Cunoștințe insuficiente referitor maladiei;
- Atenție redusă față de copilul bolnav;
- Defecte de îngrijire;
- Simțul vinovăției față de copil;
- Starea de alertă pentru viitorul copilului.

Consilierea părinților

- Familiarizarea părinților cu privire la cauzele, particularitățile evoluției anemiei la copii, tratamentului, profilaxiei;
- Asigurarea încrederii părinților în efectele tratamentului;
- Promovarea alăptării la sân;
- Administrarea rațională a hranei complementare;
- Instruirea părinților cu referire la pregătirea corectă a alimentelor;
- Planificarea regimului corect al zilei;
- Instruirea părinților referitor administrării preparatelor fierului;
- Convingerea părinților cu privire la stimularea dezvoltării fizice și intelectuale.

DIATEZELE HEMORAGICE (DH)

Diatezele hemoragice – sunt patologii, care prezintă dereglări ale hemostazei fiziologice, caracterizate prin sângerare sporită.

Hemostaza fiziologică este asigurată de acțiunea reciprocă a 3 factori: *vascular, trombocitar și plasmatic*. Dereglarea funcției unui component conduce la dereglarea hemostazei.

În normă peretele capilarului constă dintr-un strat de celule endoteliale. Lângă celulele endoteliale din partea internă se află o peliculă de fibrină care permanent se reînnoiește. Deasemenea pe toată suprafața internă a capilarului este un strat fin de plasmă cu o circulație foarte lentă. La găurile spațiilor intercelulare sunt lipite trombocite, care se află de gardă. Peste fiecare 5 zile ele se schimbă, deoarece odată cu îmbătrânirea își pierd funcția, și locul lor este ocupat de trombocite tinere.

Toate elementele structurale ale capilarului nu permit eritrocitelor și altor elemente figurate să treacă în afara capilarului.

Funcția capilarelor depinde mult de cantitatea și calitatea trombocitelor. S-a demonstrat că trombocitele mai realizează și funcția angiotrofică adică alimentează endoteliul capilarelor. Folosind microscopia electronică s-a constatat, că trombocitele periodic se unesc cu celulele endoteliale și *revarsă* în ele conținutul lor. Pentru aceasta zilnic se consumă 15% din trombocitele care se află în circulație. Dacă celulele endoteliale sunt lipsite de alimentație trombocitară, ele se supun procesului de distrofie, creînd astfel condiții de pătrundere a eritrocitelor în afara capilarelor.

CLASIFICAREA DH

I. DH ca rezultat al dereglării hemostazei primare:

- Trombocitopenii.
- Trombocitopatii.
- Vasopatii a) Dobîndite, alergice (purpura Schonlein-Henoch)
b) Ereditare

II. DH ca rezultat al dereglării hemostazei secundare (coagulopatii):

- Hipofibrinogenemie
- Hipoprotrombinemie
- Hemofilia A
- Hemofilia B
- Hemofilia C, etc.

III. DH mixte ca rezultat al dereglării hemostazei primare și secundare:

- Maladia Willebrand
- Sindromul CID (coagulare intravenoasă diseminată).

TROMBOCITOPENIILE

Trombocitopeniile prezintă o grupă de maladii și sindroame, care evoluează cu numărul scăzut de trombocite. Durata supraviețuirii trombocitelor constituie 7-10 zile. Numărul de trombocite variază de la $150,0 \cdot 10^9/l$ până la $400,0 \cdot 10^9/l$.

Deosebim 3 grupe de trombocitopenii:

I. Trombocitopenii, ca rezultat al formării insuficiente de trombocite în măduva oaselor, se observă în următoarele patologii:

- anemii aplastice;
- iradiere ionizantă;
- hemoblastoze;
- tratament cu chimiopreparate.

II. Trombocitopenii ca rezultat al distrugerii intense a trombocitelor:

- distrucție mecanică în splenomegalii de diverse origini;
- distrucții imune: izoimună, heteroimună, autoimună.

III. Trombocitopenii ca rezultat al consumării excesive a trombocitelor.

- sindromul de coagulare intravasculară diseminată (CID);
- tromboze;

Cele mai frecvente sunt trombocitopeniile imune.

PURPURA TROMBOCITOPENICĂ IDIOPATICĂ AUTOIMUNĂ (PTIA) Boala Werlhof

Incidența – 1,5 – 2,0 la 100.000 copii de ambele sexe. Adolescențele și femeile se îmbolnăvesc de 2 ori mai frecvent decât bărbații (la 100.000 – 4,5 bărbați și 7,5 femei).

Etiologia

Nu este determinată clar, dovadă servind și denumirea de idiopatică (proveniență neclară).

S-a constatat că boala este precedată de următoarele cauze:

- Viroze – 21,1%
- Infecții bacteriene – 11,1%
- Vaccinuri – 4,8%

Alte cauze: maladii alergice, hepatite, artrite, leucemii, acțiunea diferitor medicamente etc. Dintre toți copiii cu PTIA 50% au avut contraindicații la vaccinuri.

Patogenie

La pacienți se formează anticorpi antitrombocitari de origine IgG, care reduc viața trombocitelor până la câteva ore.

Locul unde se distrug trombocitele este splina. Deasemenea splina este și producătoare de anticorpi antitrombocitari. S-a dovedit că în această maladie se micșorează efectul supresor al limfocitelor T, care conduce la activarea limfocitelor B – responsabile de producerea anticorpilor antitrombocitari.

În urma micșorării numărului trombocitelor se dereglează hemostaza primară: celulele endoteliale a capilarelor nu primesc hrană și nu se formează trombul în locul leziunii capilarului. Aceasta se manifestă prin sindromul hemoragic.

Clasificare

- I. *După evoluție.*
- Acute (< 6 luni) – 85-95% cazuri
 - Cronice(> 6 luni) – 10-15% cazuri
 - a) cu recidive rare; b) cu recidive frecvente.
- II. *După perioada bolii.*
- De criză (acutizare);
 - Remisie clinică parțială și completă.

Tablou clinic

Cea mai tipică manifestare clinică este sindromul hemoragic cutanat (100% bolnavi). El se caracterizează prin:

- Apariție spontană a hemoragiilor (predominant noaptea);
- Polimorfism al erupțiilor purpurice: de la peteșii (elemente cutanate mici și calibru mediu) până la echimoze (hemoragii subcutanate de diferite dimensiuni);
- Policromie – erupțiile purpurice sunt de diferite culori (roșu, violet, verde, galben)
- Asimetrie.

Hemoragiile nu au o localizare specifică (Planșa nr. 43 și 44). Ele apar de obicei la nivelul zonelor de presiune și fricțiune. Din cauza hemoragiilor cutanate multiple, pielea bolnavului amintește *blana leopardului*.

Hematoamele și hemartrozele apar în deosebi după traumatisme pronunțate. Pot apărea hemoragii nazale (rinoragii sau epistaxis), gingivale (gingiviragii).

În formele severe pot apărea hemoragii în retina ochiului (retiniene), pancreas, ovare, urechea internă, gastrointestinale (melena). Foarte periculoase sunt hemoragiile intracraniene (la copii – 1-3% cazuri), care evoluează cu semne de focar, semne meningiene etc.

La fetițe pot apărea metroragii, care durează până la 3-4 săptămâni.

În PTIA nu este caracteristică mărirea splinei, ganglionilor limfatici, ficatului. Sistemele respirator și cardiovascular sunt fără schimbări. Temperatura corpului este normală.

Diagnostic de laborator

În analiza sângelui – trombocitopenie (25000-50000/1mm³), anemie, leucocitele –

N.

Se mărește durata sângerării și se reduce rețracția chiagului sangvin.

În medulogramă – compensator se mărește numărul megacariocitelor. Nu există încă teste ideale de identificare a anticorpilor antitrombocitari.

Tratamentul

În majoritatea cazurilor bolnavii se spitalizează. Se recomandă repaus la pat.

Tratamentul de bază include:

- administrarea corticosteroizilor, splenectomia și folosirea în unele cazuri a remediilor imunodepresante.
- Concomitent se indică terapia vasoprotectoare (acid ascorbic, rutin, diținon, etamsilat, adroxon, preparate de calciu).
- Din grupa glucocorticoizilor mai frecvent se folosește prednizolonul 1-2mg/kg/zi în decurs de 4-5 săptămâni, apoi doza se micșorează treptat până la suspendare.

Cea mai eficientă metodă de tratament rămâne splenectomia. Apariția primei recidive este considerată ca indicație pentru splenectomie, care se efectuează după jugularea

sindromului hemoragic și asigură vindecare în 86-96% cazuri. Uneori splenectomia se efectuează de urgență în caz de:

- hemoragii cerebrale;
- hemoragii digestive;
- hemoragii uterine.

Dacă splenectomia nu este eficientă, se recomandă tratamentul cu imunodepresante: imuran, vincristin, ciclofosfan în decurs de 2-3 luni.

VASCULITA HEMORAGICĂ (Purpura Schonlein -Henoch)

Este o vasculită sistemică imună, ce evoluează cu afectarea vaselor mici din piele, tractului gastrointestinal, articulațiilor și rinichilor.

Boala poate apărea la orice vârstă, dar mai frecvent la 5-10 ani, cu aceeași frecvență la băieți și la fete. Incidența maladiei constituie 23-25 cazuri la 1000 copii, mai frecvent se înregistrează primăvara.

Etiologia

Cauza maladiei nu este identificată cu certitudine, dar în cele mai frecvente cazuri vasculita este precedată de diferite infecții streptococice, virale, invazii helmintice, administrarea vaccinurilor, remediilor medicamentoase, alergenilor alimentari, etc.

Factori favorizanți

- Focarele cronice de infecție;
- Fundalul alergic familial;
- Emoțiile negative, stresurile;
- Efortul fizic.

Patogeneza

Sub acțiunea factorilor determinanți se formează compuși imuni sub formă de crioglobuline, ca rezultat al reacțiilor alergice de tip întârziat, care afectează pereții capilarelor. Intervine inflamația aseptică a vaselor cu distrucția peretelui vascular și formarea de microtromburi, care explică dereglarea microcirculației sangvine, apariția sindromului hemoragic, și a dereglărilor distrofice profunde.

Clasificarea vasculitei hemoragice

I. După activitatea procesului:

- grad de activitate I;
- grad de activitate II;
- grad de activitate III;

II. După particularitățile sindroamelor clinice:

- Forma simplă (cutanată);
- Forma cutanat- articulară;
- Forma cutanat-abdominală cu sindromul renal;
- Forma mixtă.

III. După evoluție:

- Acută (până la 2 luni), trenantă (2-6 luni), cronică (peste 6 luni), recidivantă.

Forma cronică se înregistrează la 2-5 % de pacienți cu recidive mai frecvente ale sindromului cutanat și articular.

Manifestări clinice

Debutul maladiei este de obicei cu erupții cutanate și mai rar cu dureri în articulații și abdomen. Modificările în starea generală și febra nu sunt obligatorii. La debutul bolii cu sindromul abdominal sau articular diagnosticul este foarte dificil, boala fiind confundată cu reumatismul sau cu abdomenul acut.

- ***Sindromul hemoragic cutanat***

Se determină la toți bolnavii cu vasculită hemoragică. Erupțiile prezintă elemente maculo-papuloase, așezate simetric, cu o localizare tipică în jurul articulațiilor, pe suprafețele flexorii și extensorii ale membrelor, pe fese (Planșa nr.37, 38, 39, 40). Mai rar erupțiile apar pe trunchi, față și practic nu apar pe gât, partea piloașă a capului, pe mucoase. Intensitatea erupțiilor poate fi diferită, de la elemente unice pînă la multiple, care caracterizează gravitatea maladiei. Pruritul pielii nu este caracteristic maladiei.

Inițial erupțiile au o culoare roșie-aprinsă, uneori cianotică, treptat își pierd culoarea, formînd sectoare pigmentate, care ulterior peste 2-3 săptămîni dispar. Uneori pigmentația poate persista cîteva luni.

În formele severe exantemul este confluent, formînd sectoare de necroză, ulcerații. În dinamica maladiei erupțiile pot recidiva.

- ***Sindromul abdominal***

Se observă aproximativ la 50% de bolnavi și este determinat de afectarea capilarelor peretelui intestinal, peritoneului, mezoului. Bolnavii acuză dureri colicative, localizate de obicei în regiunea ombilicală, uneori foarte intense, vome, scaun diareic sau constipat. La unii bolnavi se constată vome sangvinolente, melena. Manifestările clinice ale sindromului abdominal deseori sunt confundate cu abdomenul acut, de aceea acești pacienți se supraveghează de către medicii chirurghi.

- ***Sindromul renal***

A fost înregistrat la 20-50% de pacienți. Sindromul renal se stabilește de obicei la 2-3 săptămîni de la debutul maladiei, fiind determinat de afectarea vaselor sangvine ale glomerulilor renali. Evoluează ca o glomerulonefrită acută sau cronică. Se manifestă primordial prin hematurie de diferit grad, proteinurie, cilindrurie. Semnele extrarenale se depistează mai rar. La majoritatea bolnavilor sindromul renal are un caracter favorabil, simptomele nefritei dispar concomitent cu semnele de bază.

În cazul evoluției sindromului renal asemenea unei glomerulonefrite acute sau cronice cu hematurie, hipertonie, edeme, evident se complică evoluția și pronosticul maladiei. Progresarea rapidă a maladiei conduce la dezvoltarea insuficienței renale în decurs de 6 luni-2 ani de la debut.

Caracteristica maladiei în dependență da grade

- ***Gradul I***

Starea generală a copilului practic este nemodificată. Elementele hemoragice cutanate sunt unice, febra lipsește. Sindroamele articular și abdominal sunt slab pronunțate sau lipsesc. Modificări în urină lipsesc. Sângele periferic este de obicei normal.

- ***Gradul II***

Starea generală este alterată, copiii acuză febră, cefalee, astenie, inapetență, etc. Se stabilesc sindroamele cutanat pronunțat, abdominal și articular. În hemogramă se depistează leucocitoză, neutrofilie, eozinofilie, VSH sporește pînă la 20-40 mm/oră, se micșorează timpul de coagulare a sîngelui.

- ***Gradul III***

Starea generală a bolnavului este gravă, semnele generale de intoxicație sunt foarte pronunțate. Se stabilește voma repetată sangvinolentă, melena. Exantemul cutanat este pronunțat, confluent cu elemente de necroză. Se instalează sindroamele articular, abdominal, renal. Hemograma are modificări marcante. Această formă mai este numită fulminantă, fiind posibil decesul în scurt timp.

Tratamentul

Pentru toată perioada activă a bolii se recomandă regimul la pat, inclusiv o săptămână de la ultima erupție, care favorizează procesul recuperativ. În sindromul renal regimul la pat se păstrează pînă la 5 săptămîni.

- O importanță deosebită o are *dietoterapia* cu excluderea produselor alimentare cu un potențial alergizant înalt, respectarea regulilor de prelucrare termică (fierbere înăbușită), excluderea preparării bucatelor prin prăjire, afumare, etc. Odată cu ameliorarea stării generale are loc extinderea treptată a meniului copilului cu includerea consecutivă a alimentelor contramandate cu condiția unei toleranțe bune. Bolnavilor cu sindromul abdominal se recomandă dieta Nr.1, iar celor cu afectarea renală – dieta Nr.7. În hemoragiile gastrointestinale se exclude alimentarea enterală timp de 1zi cu administrarea ulterioară a produselor prelucrate mecanic, de o temperatură joasă.

- *Terapia medicamentoasă*

- Un component de bază al tratamentului medicamentos este administrarea *anticoagulantelor și antiagregantele*: heparina 100-200UA/kg/24 ore, s/c sau i/v, Curantil (dipiridamol) 2-6 mg/kg/24 ore, acidul acetilsalicilic 2 mg/kg/24 ore, trental, ciclopidin, etc.
- Cu scop de îmbunătățire a microcirculației sangvine se indică *remediile vasodilatatoare*: eufilin, dibazol, papaverin, acid nicotinic, etc.
- În formele severe se administrează *glucocorticoizi*.
- Prezența formei renale necesită includerea *citostaticelor*.
- Se utilizează cu succes *plasmofereza* ce prevede extragerea a 50% de plasmă circulantă și înlocuirea ei cu albumină, reopoliglucină, plasmă proaspăt congelată.
- În formele cronice, articulară se indică remedii *antiinflamatorii nesteroidice*: voltaren, indometacin, ortofen, etc.
- În sindromul algic se indică *analgetice*: baralgin, analgin, etc.

Pronosticul

Este favorabil în formele ușoare cu evoluția acută a maladiei. În formele severe sunt posibile complicații chirurgicale (invaginații, peritonite, perforarea intestinului). Forma renală recidivantă conduce la glomerulonefrite cronice, insuficiență renală.

Dispensarizarea

După externare copiii necesită supraveghere dispensarică. Cu scopul prevenirii recidivelor se recomandă sanarea focarelor de infecție. Vaccinurile preventive sunt contraindicate pe o perioadă de 2 ani. Se recomandă cu precauție elementele de călire: gimnastica curativă, masajul, procedee balneare, etc. Pentru toată perioada de dispensarizare se respectă dieta hipoalergică. La lecțiile de cultură fizică se recomandă ocupația în grupele speciale. Pentru a proteja copiii de eventuale recidive, se decid individual evaluările școlare. Supravegherea dispensarică continuă în formele ușoare – pînă la 2-3 ani, în formele severe – 5 ani de la ultima acutizare.

HEMOFILIIILE

Este cea mai frecventă maladie dintre toate coagulopatiile, constituie 96%. Hemofiliile se caracterizează prin dereglarea coagulării sângelui și apariția hematoamelor sau a sângerărilor prelungite după diferite traume, extracții dentare, intervenții chirurgicale.

Deosebim următoarele forme de hemofilie:

- *Hemofilia A* – incidența 80-85% cazuri, deficitul factorului VIII (globulina antihemofilică A);
- *Hemofilia B* – incidența 20-15% cazuri, (Boala Christmans) deficitul factorului IX;
- *Hemofilia C* – se înregistrează foarte rar, (Boala Rozenthal) deficitul factorului XI.

Patogeneza

La insuficiența factorilor de coagulare din organism VIII, IX, XI nu se activează factorul X. Ca rezultat nu se transformă protrombină în trombină, din care cauză fibrinogenul nu se transformă în fibrină.

Cauzele

În 70% de cauze boala are caracter ereditar. Se îmbolnăvesc de obicei bărbații, fiicele lor fiind conductoare. În rest cauza apariției hemofiliei este necunoscută.

Tabloul clinic

Toate formele de hemofilie se manifestă analogic. În tabloul clinic predomină:

- Hemartrozele cu afectarea articulațiilor mari. Cel mai frecvent se afectează articulația genunchiului, talocrurală, ulnară (Planșa nr.41, 42). Articulațiile se măresc în volum, apar dureri severe, țesuturile periarticulare sunt dureroase și calde la palpare. Din cauza evoluției cronice recidivante are loc hipertrofia sinovială cu distrugerea suprafeței articulare și în consecință se dezvoltă osteoartroza cu diminuarea funcției articulației și atrofia musculară (*artropatia hemofilică*);
- Frecvent se dezvoltă hematoame în țesuturile moi (subcutane, musculare), hematoame retroperitoneale. În unele cazuri hematoamele conțin 0,5-3 litri de sînge cu anemizarea bolnavului, cu compresia și distrucția țesuturilor adiacente și a vaselor sangvine, ulterior cu dezvoltarea necrozei țesuturilor. În urma compresiei nervilor și mușchilor apar pareze, paralizii, contracturi, atrofii musculare. Hematoamele se pot infecta și agravează starea bolnavului ;
- Mai rar se înregistrează hemoragii nazale și gastrointestinale;
- Periculoase sunt intervențiile chirurgicale și traumatismele după care pot avea loc hemoragii abundente. Hemoragiile după intervenții chirurgicale apar de obicei peste câteva ore după operație și sunt foarte severe;
- În timpul nașterii se pot dezvolta cefalohematoame, hemoragii tardive din cordonul ombilical;
- La sugar pot apărea hemoragii în timpul erupției dentare;
- La 15-30% de pacienți se dezvoltă hematurie spontană după traumatismele în regiunea lombară. Hematuria este însoțită de disurie, accese de colică renală până la procese distructive în rinichi.
- Foarte rar apar hemoragii intracraniene și în măduva spinării.

Nu se recomandă efectuarea injecțiilor i/m, deoarece pot provoca hematoame masive.

Organele interne sunt fără modificări specifice.

Gravitatea bolii depinde de gradul de insuficiență a factorului de coagulare. *Dacă factorul antihemofilic constituie:*

- 0-1% - se dezvoltă o formă foarte gravă;
- 2-5% - forme moderate;
- mai mult de 5% - forme ușoare.

Investigații de laborator

Hemograma periferică este normală. Timpul de sângerare este normal, însă cel de coagulare este prelungit.

Tratamentul

Metoda de bază în tratamentul hemofiliilor vizează corectarea factorilor deficitari de coagulare prin terapia de substituție transfuzională. Este foarte important de a respecta un regim strict la pat pînă la ameliorarea stării copilului.

- În tratamentul transfuzional se folosesc plasma antihemofilică, plasma proaspăt congelată și crioprecipitatul. Durata tratamentului transfuzional este de 7-14 zile, pînă cînd concentrația factorului VIII atinge 5% și mai mult.
- Transfuzia zilnică a *plasmei* conduce la supraîncărcarea circulației sangvine și dezvoltarea edemului pulmonar din cauza concentrației mari de albumine din plasmă. Pentru a evita această complicație este preferată transfuzia de *crioprecipitat* care conține o concentrație mai înaltă a factorului VIII și puțină albumină. Dozele de crioprecipitat sunt – 30-40 unit./kg/zi.
- În ultimii ani se folosește un preparat mai eficient ca crioprecipitatul. Acesta este *factorul antihemofilic uman Koate-HP*, pregătit din plasmă și prelucrat cu substanțe speciale, care distrug virusul hepatitei. Este ambalat în flacoane de 250, 500, 1000 UI de preparat în formă de pulbere, se păstrează la $t^{\circ} - +2 - +8^{\circ}\text{C}$.
- Recent se folosește preparatul *Novo-Seven*, care conține factorul VIII. Se administrează i/v. Este eliberat în flacoane sub formă de pulbere împreună cu diluentul.
- În caz de hemoragii nazale se recomandă hemostaze locale cu *trombină și acid aminocapronic de 5%*.
- Este efectivă administrarea *glucocorticoizilor*: prednizolon 1-2 mg/kg în cure scurte de 3-4 zile.
- Se folosește și *radioterapia*.
- În hemartroze se recomandă imobilizarea membrului în poziția fiziologică pe 2-5 zile, local – comprese reci. În hemoragii masive – puncția și aspirația sîngelui cu introducerea ulterioară a hidrocortizonului. Ulterior, după imobilizarea articulației se recomandă gimnastica curativă, fizioproceduri.
- În hemartroze se recomandă și *tratament chirurgical*, care garantează oprirea recidivelor și păstrarea funcției articulației.

O deosebită importanță au măsurile de profilaxie a traumatismelor, organizarea unei îngrijiri optime a copiilor de 1-6 ani în creșe cu amenajări netraumatizante. Sunt excluse exercițiile fizice excesive. Foarte atent se efectuează spălarea dinților. Școlarii sunt orientați spre alegerea unor profesii fără risc de traumatisme (bibliotecar, pictor, traducător, fotograf, ceasornicar etc.). Sunt foarte importante și recomandările medicilor genetici.

Problemele pacientului:

- Dispoziție alterată, astenie, etc.
- Dureri în regiunea articulațiilor, în abdomen;
- Stare de anxietate față de spitalizare, procedurile medicale.
- Dereglarea aspectului exterior;
- Despărțirea îndelungată de cei apropiați;
- Diminuarea capacităților cognitive (la școlari);
- Riscul apariției complicațiilor, invalidității.

Probleme posibile la părinți

- Informații insuficiente despre maladia copilului;
- Dificultăți la crearea regimului corect de îngrijire și a celui alimentar;
- Prezența simțului de vină și neputință;
- Neîncrederea în succesul tratamentului;
- Subaprecierea stării grave a copilului;
- Anxietatea pentru viitorul copilului;
- Agravarea relațiilor interpersonale în familie.

Consilierea părinților

- Completarea cunoștințelor părinților cu referire la vasculopatii, complicațiile posibile, profilaxia complicațiilor;
- Crearea mediului aseptice de îngrijire (încăpere curată, dezinfectată, bine aerată; etc)
- Monitorizarea funcțiilor vitale ale copilului (TA, Ps, temperatura, starea pielii, mucoaselor, funcțiile fiziologice);
- Monitorizarea trecerii la regimul general prin efectuarea probei ortostatice (lipsa recidivelor cutanate după o plimbare timp de 2 ore);
- Protejarea copiilor de diferite situații stresante, asigurarea stării emoționale bune a copilului;
- Instruirea părinților cu referire la acordarea asistenței copilului în caz de febră, vărsături, hemoragii nazale, etc.;
- Instruirea părinților cu privire la alimentația în leucemii, respectarea măsurilor igienice la pregătirea bucatelor;
- Promovarea comunicării afectuoase între părinți și copil, care vor stimula copilul;
- Facilitarea condițiilor pentru lectura copilului, vizionarea filmelor, picturii, etc;

LEUCEMIILE

Leucemiile fac parte din grupa hemoblastozelor – tumori maligne care se dezvoltă din celulele țesutului hematopoietic. Mai frecvent se observă la vârsta de 2-5 ani cu o prevalență la băieți de 1,5 ori. Deosebim 2 grupe de hemoblastoze – leucemii și limfoame maligne.

- *Leucemiile – se dezvoltă din celulele hematopoietice ale măduvei oaselor.*

- *Limfoamele malagne* – tumori, care se dezvoltă din celulele hematopoietice situate extramedular (ganglioni limfatici, splina, tractul gastrointestinal). În cazurile grave procesul progresează și în măduva oaselor.

Leucemiile sunt acute și cronice.

- *Leucemiile acute* se numesc leucemiile, care se dezvoltă din celulele blastice. Ele nu se transformă în leucemiile cronice.

Clasificarea leucemiilor

<i>Leucemii acute:</i>	<i>Leucemii cronice:</i>
limfoblastice	limfocitare
mieloblastice	monocitare
promielocitare	megacariocitare
monoblastice	granulocitare
eritroblastice	
megacarioblastice	
plasmoblastice	
mielomonoblastice.	

Leucemiile se întâlnesc mai frecvent în țările Scandinave, Canada, SUA, Israel. Aici morbiditatea atinge 7-11 cazuri la 100.000 locuitori, în Europa – 3-6 cazuri la 100.000 populație, în Asia – sub 3 cazuri la 100.000 populație, în Moldova – 10 –11,7 la 100.000 de locuitori. Morbiditatea este mai înaltă la bărbați, la copii mai frecvent la vârsta de 2-5 ani cu o prevalență la băieți de 1,5 ori.

În structura morbidității prin hemoblastoze în Republica Moldova, leucemiile și limfoamele maligne ocupă câte 50,0%.

La copii hemoblastozele constituie 50% din toate tumorile maligne înregistrate la această vârstă. Din grupa leucemiilor cel mai frecvent se observă leucemia acută.

Etiologia

- Iradierea ionizantă. Ca argument este sporirea frecvenței îmbolnăvirilor de leucemii în Japonia după folosirea armei nucleare. Perioada latentă a constituit la copii 5-10 ani, la adulți 10-15 ani.
- Radioterapia folosită ca metodă de tratament în diferite tumori, poate provoca leucemii acute.
- Substanțele chimice exogene: citostaticele (leukeran, metotrexat), butadion etc.
- Teoria virală (sub influența diferitor factori ai mediului are loc activizarea virusurilor oncogeni aflați în permanență în organismul uman). A fost demonstrată la animale.
- Factorul ereditar. Este dovedită predispoziția ereditară. Sunt date privind majorarea morbidității prin leucemii la persoanele cu unele dereglări genetice. La persoanele cu predispoziție ereditară factorii mutageni (radiația, substanțele chimice, virusii) mai ușor pot provoca leucemii.

LEUCEMIA ACUTĂ

La copii mai frecvent se înregistrează leucemia acută limfoblastică (85%)

Patogenia

În măduva oaselor primar se malignizează o celulă blastică care proliferază formând clona de celule maligne blastice. Aceste celule ușor se desprind din factorul primar și se diseminează în cadrul măduvei oaselor, substituind țesutul hematopoietic normal. Primele

semne clinice apar când în organismul bolnavului sunt peste 1 miliard de celule leucemice. În urma infiltrării măduvei oaselor cu celule blastice se dereglează hematopoieza normală, se dezvoltă anemia, trombocitopenia, clinic manifestându-se cu sindromul anemic, hemoragic și de micșorare a imunității.

În formele avansate celulele blastice apar în sângele periferic, infiltrează ganglionii limfatici, derma, ficatul, splina, sistemul nervos, etc., determinând sindromul proliferativ.

Tabloul clinic

Manifestările clinice sunt determinate de 4 sindroame de bază – *anemic, hemoragic, proliferativ, de intoxicație generală* și complicații infecțioase.

- *Sindromul anemic* se caracterizează prin slăbiciune generală, amețeli, dispnee la efort fizic, palpitații, paliditate.
- *Sindromul hemoragic*, cauzat de trombocitopenie se manifestă prin peteșii, echimoze, hemoragii nazale, gingivale, metroragii, hemoragii gastrointestinale (Planșa nr.52). Cele mai periculoase sunt hemoragiile cerebrale.
- *Sindromul complicațiilor infecțioase și intoxicare generală*, determinat de granulocitopenie se manifestă prin stomatită necrotică, angină, bronșită, pneumonie etc.
- *Sindromul hiperplastic* se manifestă prin mărirea în volum a ganglionilor limfatici la 50% din bolnavi, la 49% - se mărește ficatul, la 30% - splina, la 8% - limfadenopatia mediastinală, la 5% - hiperplazia gingivală (Planșa nr.50, 51, 53). Se poate afecta pielea, care se manifestă prin apariția formațiunilor papuloase de culoare roșie – cianotică.
- Deseori se afectează și sistemul nervos, cu simptome ce depind de zona afectată.

La 50% de bolnavi boala are debut acut, începe sub formă de angină, gripă, stomatită, gingivită, poliartrită.

La 20% de bolnavi debutul este latent cu osalgii, dureri în mușchi, articulații, limfadenopatii, sindromul hemoragic slab pronunțat.

La unii bolnavi leucemia se dezvoltă lent cu apariția semnelor clinice și hematologice peste câteva luni sau câțiva ani.

Diagnosticul de laborator

Diagnosticul leucemiei se stabilește în baza celor 4 sindroame clinice, a schimbărilor în hemograme și măduva oaselor.

În hemograme se evidențiază – anemie, trombocitopenie, leucocitoză până la $50,0 \cdot 10^9/l$, predominant din celulele blastice. Pentru a confirma diagnoza de leucemie celulele blastice în sângele periferic și măduva oaselor trebuie să depășească 30%. Celulele intermediare sangvine lipsesc. Biopsia osoasă poate confirma în măduva osoasă până la 70-100 % de celule blastice.

Tratamentul

În prezent tratamentul se efectuează în etape și conform anumitor programe.

Prima etapă – inducerea remisiei prin chimioterapie intensivă. Pot fi folosite următoarele programe de chimioterapie.

- *VAMP* – combinația de medicamente vincristin, ametopterin, 6-mercaptopurin, prednizolon. Durata curei– 10 zile.
- *CAMP* – ciclofosfamida înlocuiește vincristina. Durata curei – 10 zile.
- *AVAMP* – la medicamentele din scheme VAMP se adaugă preparatul Alexan. Durata – 10 zile.
- *OAR* – oncovir, alexan, prednizolon. Durata curei– 10 zile.

După obținerea remisiei se trece la **etapa II** de tratament – consolidarea remisiei cu folosirea altor scheme de polichimioterapie.

Etapa III prevede profilaxia neuroleucemiei, care apare mai frecvent la copii.

Etapa IV – tratamentul de menținere a perioadei de remisie.

Remisiunile pot fi de la câteva luni până la câțiva ani.

Actualmente o metodă de tratament foarte eficace este transplantarea măduvei osoase, care poate asigura vindecarea bolnavului. Transplantul medular se efectuează după un program intens de tratament (iradiere totală + doze mari chimio preparate), în scopul distrugerii celulelor blastice și funcționării transplantului. Aceasta asigură vindecarea a 50% de copii cu leucemii și 20-30% de adulți.

LEUCEMIILE CRONICE

La copii leucemiile cronice se înregistrează foarte rar, dintre acestea - doar leucemiile granulocitare.

Tabloul clinic progresează treptat în următoarele faze clinice: faza inițială, faza manifestărilor clinice desfășurate, faza preterminală și terminală.

Sunt caracteristice aceleași sindroamele clinice.

Tratamentul include diverse metode: chimioterapia, radioterapia, leucofereza, transplantarea medulară, splenectomia. Durata medie a vieții este de 4-5 ani, sunt descrise cazuri cu durata vieții 15-20 ani.

Probleme posibile la părinți

- Informații insuficiente despre maladia copilului;
- Dificultăți la crearea regimului corect de îngrijire și a celui alimentar;
- Prezența simțului de vină și neputință;
- Subaprecierea stării grave a copilului;
- Anxietatea pentru viitorul copilului;
- Agravarea relațiilor interpersonale în familie.

Consilierea părinților

- Completarea cunoștințelor părinților cu referire la leucemie, complicațiile posibile și profilaxia lor;
- Crearea mediului aseptice de îngrijire (încăpere curată, dezinfectată, bine aerată etc.)
- Monitorizarea funcțiilor vitale ale copilului (TA, Ps, temperatura, starea pielii, mucoaselor, funcțiile fiziologice);
- Instruirea părinților privind acordarea asistenței copilului în febră, vărsături, hemoragii nazale etc.);
- Instruirea părinților privind alimentația în caz de leucemii, respectarea măsurilor igienice la pregătirea bucatelor;
- Promovarea comunicării afectuoase între părinți și copil, care vor stimula starea emoțională bună a copilului;
- Facilitarea condițiilor pentru lectură, vizionarea filmelor, picturii etc.;

CAPITOLUL 7

MALADIILE SISTEMULUI CARDIOVASCULAR

L. Cerempei, E. Cucieru, S. Cobîleanschi, L. Botnariuc, R. Cuşnir, T. Ţurcan

REUMATISMUL ARTICULAR ACUT (RAA)

Reumatismul articular acut (RAA) sau febra reumatică acută sau boala Bauillaud-Sokolski este o afecţiune inflamatorie generalizată nesupurativă a ţesutului conjunctiv, de origine streptococică, cu afectarea multisistemică dar mai ales a cordului, cu evoluţie acută sau cronică şi cu posibilitatea producerii sechelelor cardiace.

Etiologia

A fost demonstrată cert legătura infecţiei faringiene cu streptococul B-hemolitic grup A:

- În faza acută a reumatismului practic întotdeauna se depistează semne imunologice ale unei infecţii streptococice suportate recent (sporirea titrului de anticorpi antistreptococici);
- Recidivele bolii apar numai după o infecţie streptococică intercurrentă;
- Puseul primar şi recidivele pot fi prevenite prin tratament al infecţiilor streptococice cu remedii antibacteriene.

Poarta de pătrundere a infecţiei o constituie faringele, afecţiunile streptococice cutanate nu produc maladia. Puseul reumatismal primar apare la 2-3 săptămîni (minimum 1 săptămîină, maximum după 5 săptămîni), de la o boală streptococică acută: angină, faringită, otită, sinuzită.

Epidemiologia

O incidenţă mai înaltă a bolii se înregistrează în ţările în curs de dezvoltare, unde persistă o mulţime de factori predispozanţi:

- Nivelul socio-economic defavorizant;
- Alimentaţia deficitară;
- Aglomeraţiunile de copii din colectivităţi (grădiniţe, şcoli) şi familiile numeroase;
- Nivelul scăzut de asistenţă medicală ;
- Climatul rece şi umed;
- Infecţiunile faringiene frecvente.

Factori de risc în dezvoltarea reumatismului

- Focare cronice de infecţie;
- Factori ereditari;
- Maladiile suportate (scarlatina, angina etc.);

Incidenţa reumatismului la bolnavii care au suferit de faringite streptococice este de aproximativ 1%. În timpul epidemiilor numărul persoanelor afectate în colectivităţi sporeşte pînă la 3 %. În 60-70 % de cazuri se depistează iniţial infecţia streptococică, iar la 30-40 % din bolnavi reumatismul apare după o infecţie streptococică faringiană lentă, obiectivizată prin sporirea titrului de anticorpi specifici. Actualmente a fost demonstrat caracterul familial al reumatismului (25-30%).

Reumatismul se dezvoltă preponderent la copiii şi adolescenţii în vîrstă 5-15 ani, foarte rar apare la copiii sub 5 ani. Sexul nu influenţează apariţia bolii, fetele avînd predispoziţie pentru dezvoltarea coreei. După pubertate riscul îmbolnăvirii se reduce, iar după vîrsta de 25 ani această boală se manifestă frecvent prin poliartrită.

Variațiile sezoniere ale reumatismului sunt în strânsă corelație cu incidența sporită a infecției cu streptococul B-hemolitic în martie-aprilie.

Patogenia

Mecanismele patogenice prin care infecția streptococică declanșează reumatismul rămân încă neelucidate complet. Se cunosc mai multe ipoteze în patogenia reumatismului, dar ele sunt discutabile și în prezent:

- Ipoteza hipersensibilității;
- Ipoteza autoimună;
- Ipoteza toxică.

Cea mai acceptată în prezent rămîne ipoteza autoimună care a demonstrat identitatea structurii membranei streptococice și a țesutului conjunctiv. De aceea anticorpii antistreptococici elaborați reacționează atît asupra toxinelor streptococice, cît și asupra mușchiului cardiac și altor țesuturi, explicînd apariția miocarditelor, endocarditelor, etc.

Cele mai importante leziuni se produc în țesuturile endoteliale din vase, endocard, pericard, învelișurile sinoviale (pleură, pericard, peritoneu). Leziunile articulare se prezintă prin semne de dezorganizare a țesutului conjunctiv. La afectarea sistemului nervos substratul patologic îl constituie afectarea vaselor cerebrale.

Manifestările clinice

Tabloul clinic al reumatismului este polimorf și foarte variat. Maladia are dindință spre recidive, evoluînd cu pusee de la 8 la 12 săptămîni, care se rezoltă spontan.

Manifestările clinice apar de obicei la 1 – 5 săptămîni după o infecție streptococică faringiană. Debutul bolii este marcat de apariția unor *semne clinice nespecifice*:

- **Febra** este prezentă aproape la toți bolnavii chiar de la debutul bolii, poate depăși 39°C, are un caracter neregulat, depinde de severitatea procesului reumatismal, se poate menține peste 3 săptămîni în absența tratamentului (cedează rapid la administrarea preparatelor specifice).
- **Artralgiile** sunt de obicei generalizate fără semne obiective de inflamație.
- **Paloarea tegumentelor;**
- **Anorexie, uneori pierderi în greutate;**
- **Adenopatii;**

Manifestările clinice de bază sunt reprezentate prin cardită, poliartrită, “coree minor”, leziuni cutanate și ale țesutului subcutanat adipos.

1. Poliartrita reumatismală. Prima criză este depistată la 50-70 % din bolnavi. În puseele reumatice recurente poliartrita se observă mai rar, predominînd artralgiile cu absența semnelor obiective de inflamație. Pentru poliartrita reumatismală este caracteristic:

- Afectarea rapidă, concomitentă a 2-5 articulații cu tumefiere, hiperemie, hipertermie locală și diminuarea funcției din cauza durerilor marcate;
- Interesarea predominantă a articulațiilor mari ale membrilor: genunchi, glezne, coate, umeri. Mai rar pot fi afectate articulațiile radocarpene (Planșa nr. 46, 47, 48);
- Răspunsul rapid la administrarea remediilor antiinflamatorii, cu dispariția timp de cîteva zile a tuturor manifestărilor articulare, fără deformări reziduale;
- În lipsa tratamentului puseul articular reumatic se vindecă spontan timp de 4-5 săptămîni, fără a lăsa sechele majore;

Manifestările artritei pot fi ușoare, cu disconfort în articulațiile extremităților, sau severe. Când artrita este severă, tegumentul de asupra articulației este hiperemiat, cu căldură locală, articulația este tumefiată și de obicei cu lichid în interiorul cavității articulare. Mișcarea pasivă sau activă în articulație este extrem de dureroasă. Există forme clinice de reumatism fără depistarea afectării articulare (la copiii mici). Frecvent artrita reumatică se asociază cu cardita și mai rar evoluează separat.

2. Cardita reumatică. Reprezintă cea mai frecventă manifestare (se înregistrează în 85% de cazuri la primul episod reumatic), care determină evoluția și pronosticul maladiei.

- Pentru cardita reumatică este caracteristică implicarea tuturor foștelor cordului. Cel mai timpuriu se afectează miocardul (miocardita), pe fundalul căruia se dezvoltă endocardita și pericardita. În endocardită cel mai frecvent se afectează valva mitrală, urmată de cea aortală, foarte rar sunt implicate valvele tricuspide și pulmonare. Pancardita (inflamația tuturor foștelor cordului) în prezent se întâlnește foarte rar.
- Cardita reumatică primară evoluează uneori asimptomatic, mai frecvent cu un tablou clinic moderat, care poate fi sesizat abea după a 5-10 zi de boală. Foarte rar cardita evoluează fulminant cu semne de insuficiență cardiacă severă, uneori cu sfârșit letal.
- La examenul obiectiv al copilului se determină: tahicardie, puls filiform, hipotensiune arterială, cianoză. În recurențele carditei reumatice semnele clinice sunt mai pronunțate și pe măsura recidivelor apar noi valvulopatii, progresează insuficiența cardiacă.
- Pe lângă semnele clinice boala este completată de semne electrocardiografice, radiologice, ecocardiografice (semne de cardiomegalie) și probe de laborator.

3. Coreea reumatică (coreea minor sau boala Sydenham). Se înregistrează la 20-30 % de bolnavi cu reumatism, mai frecvent la fetițele în vârstă de 6-15 ani. Coreea apare de cele mai multe ori izolat, ca singura manifestare a bolii, tardiv după o perioadă de 3-6 luni de la infecția streptococică.

- Debutul este de obicei insidios, însă uneori poate fi acut, declanșat de un factor psihoemoțional pronunțat. Se schimbă brusc starea psihică a copilului: apar tulburări de comportament, apatie, agresivitate, fatigabilitate, lipsa concentrației etc. Bolnavii cu coree au instabilitate emoțională manifestată prin crize nemotivate de râs sau plîns, cu tulburări ale somnului.
- Labilitatea emoțională este urmată de apariția hiperkineziilor musculare generale – mișcărilor involuntare, necoordonate, bruște, dezordonate, aritmice, rapide. Copiii devin neîndemânatici, scapă obiectele din mâini, apar dificultăți la încheerea nasturilor, legarea șireturilor. Scrisul devine dezordonat, tremurat. Hiperkineziile în timpul somnului dispar.
- Uneori tabloul clinic este dominat de hipotonie musculară, ca rezultat copilul nu-și poate menține o poziție fixă, apare mersul dificil, tulburări de glutiție, dereglări ale actelor fiziologice.
- Examenul de laborator sunt normale în majoritatea cazurilor. Severitatea este variabilă – de la moderată până la incapacitatea controlului activității motorii. Coreea minor persistă câteva săptămîni, uneori câteva luni (3-4 luni) și se vindecă fără sechele.

4. Eritemul marginal (eritemul inelar). Se observă aproximativ la 5-10 % din bolnavi și se manifestă prin erupții inelare de culoare roz – pală, nepruriginoase, care pot să apară și să dispară în decurs de câteva ore (Planșa nr.45). Exantemul apare îndeosebi pe

trunchi și abdomen și foarte rar pe membre, dispare fără a lăsa urme, însă poate recidiva peste câteva ore sau zile.

5. Nodulii reumatismali subcutanați. Apar mai rar decât eritemul marginal (aproximativ în 5% de cazuri) și, de obicei tardiv în comparație cu alte manifestări clinice. Reprezintă formațiuni nodulare de la 1mm până la 1-2 cm, indolore, dure, mobile care apar de asupra proeminențelor osoase (scapulă, osul mastoidian, regiunea occipitală, de asupra apofizelor spinoase ale coloanei vertebrale) sau pe suprafețele de extensie ale articulațiilor (cot, gleznă, genunchi, mână, picior). De obicei nodulii reumatici apar și dispar rapid, însă uneori, ei pot evolua în decurs de 1-2 luni.

Alte manifestări clinice: pneumonia și pleurezia reumatică, peritonita reumatică.

Investigații paraclinice

Actualmente nu există teste de laborator specifice pentru reumatism. Investigațiile paraclinice sunt utile pentru confirmarea procesul inflamator de origine streptococică și pentru diagnosticarea afectărilor sistemice.

Infecția streptococică este dovedită prin cultivarea streptococului din exsudatul faringian, prin determinarea antigenelor streptococice pozitive și prin evaluarea anticorpilor antistreptococici (ASLO, antihialuronidaza).

Diagnosticarea afectărilor sistemice se face cu ajutorul ECG, EcoCG, examenului radiologic.

Hemograma va confirma leucocitoza, VSH accelerată. La analiza biochimică a sîngelui se constată disproteinemie și prezența proteinei C reactive.

Diagnosticul pozitiv

Diagnosticul bolii se bazează pe evidențierea anumitor manifestări clinice numite criteriile Jones, susținute de dovezi pentru o infecție streptococică.

Criteriile diagnostice ale lui Jones

A. Criterii majore

- Cardita reumatică
- Poliartrita
- Coreea
- Eritemul marginal
- Nodulii subcutanați

B. Criterii minore

- Existența puseului reumatismal în antecedente
- Artralgiile
- Febra
- Leucocitoza, sporirea VSH și a proteinei C-reactive
- Prelungirea intervalului PQ (PR) pe electrocardiogramă.

Reumatismul se confirmă în cazul prezenței a 2 criterii majore sau a unui criteriu major + două criterii minore pe fundalul unei infecții streptococice.

Tratamentul

Tratamentul reumatismului la copii prevede:

- Vindecarea bolnavilor cu reumatism primar acut;
- Obținerea remisiunii clinice prelungite în puseele recurente.

Bolnavii cu reumatism necesită un tratament complex timp de 3-4 luni, care se realizează în 3 etape: staționar, sanatoriu, ambulator (evidența dispensarică). Prima etapă a tratamentului se efectuează în secții specializate, unde se indică obligatoriu repaus la pat, care se continuă pînă la diminuarea semnelor acute de cardită și artrită (durează aproximativ 2-3 săptămîni).

Alimentația

Regimul alimentar nu este decît ușor restrictiv: bogat în produse cu un conținut sporit de potasiu: prune uscate, stafide, caise uscate, cartofi copti, mere, banane, etc. (dieta Nr.10). Se exclud din rația alimentară alimentele: ficatul, inima, ceapa, usturoiul, hreanul, se limitează sarea de bucătărie la 3-5 g pe zi. După 3-4 săptămîni copilului se alimentează fiziologic conform vârstei.

Tratamentul medicamentos

Eradicarea infecției streptococice. În scopul eradicării infecției streptococice tuturor copiilor bolnavi în faza acută a reumatismului se recomandă benzilpenicilină în doză de 800000 UA / zilnic la copiii sub 12 ani și de 1200000-1500000 UA / zilnic la copiii mai mari și adolescenți în decurs de 10- 14 zile. Dozele zilnice sunt divizate în 4 prize la un interval de 6 ore. Cura de benzilpenicilină este urmată de tratamentul preventiv cu Bicilină-5. În cazul intoleranței la penicilină, se recomandă eritromicină în doză de 30-40 mg/kg/zi pe cale orală, 10-14 zile, alte macrolide sau cefalosporine cu administrare orală.

Tratamentul antiinflamator. Constă în administrarea remediilor medicamentoase antiinflamatorii nesteroidice, a glucocorticoizilor, care inhibă procesul inflamator reumatic:

- *Salicilatele* se indică în formele ușoare ale bolii, fără cardită, precum și în perioada reducerii terapiei cortizonice. Se administrează de preferință acidul acetilsalicilic pe cale orală în doză zilnică de 0,2g la fiecare an de viață, dar nu mai mult de 2 g, divizată în 3-4 prize.
- Din grupa antiinflamatorie nesteroidice se administrează mai frecvent *voltaren sau ortofen* 1-3 mg/kg/zi. Voltarenul aproape că nu are influența toxică asupra organismului. Mai rar se folosește *ibuprofenul* 600-700 mg/zi. Aceste medicamente au efect evident în activitatea procesului de gradul I, II.
- Efecte bune se obțin în rezultatul administrării *indometacinei* (metindol), nu numai în formele acute, dar și în cele latente, doza zilnică 50-75 mg, timp de 35-45 zile.
- Începînd cu săptămîna a 2-3 se recomandă gimnastica curativă.

Profilaxia

Profilaxia primară are ca obiectiv prevenirea reumatismului și constă în:

- Depistarea precoce și tratamentul adecvat al infecțiilor faringiene cu streptococ B hemolitic din grupul A;
- Alimentarea rațională;
- Sanarea focarelor cronice de infecție;
- Imunoprofilaxia la termen;
- Călirea copilului.

Profilaxia secundară (după prima criză de reumatism) are ca scop prevenirea recurențelor reumatismale, stopînd astfel evoluția progresivă a maladiei și dezvoltarea complicațiilor. Pentru aceasta de 2 ori pe an primăvara și toamna se realizează un control medical în scopul monitorizării stării copilului.

Se administrează Bicilina-5 intramuscular în doze unice:

- preșcolariilor - 750000UI la fiecare 2 săptămîni;
- școlariilor cu masa mai mică de 40 kg - 1200000 UI la fiecare 4 săptămîni;
- școlariilor cu masa mai mare de 40 kg - 1500000 UI la fiecare 4 săptămîni.

Durata profilaxiei secundare a febrei reumatice

Nr. d/r	Forma clinică	Durata
1.	Febră reumatică cu cardită și valvulopatie.	10 ani și mai mult de la ultima recurență, minimum pînă la vîrsta de 40 ani, uneori toată viața.
2.	Febră reumatică cu cardită, dar fără valvulopatii.	10 ani sau pînă la majorat, uneori mai îndelungat.
3.	Febră reumatică fără cardită.	5 ani sau pînă la vîrsta de 25 ani, uneori mai îndelungat.

Pronostic

În majoritatea cazurilor de reumatism primar pronosticul este favorabil, spre deosebire de formele recurente ale maladiei, unde se formează malformații cardiace, care pot progresa și conduce la invalidizare. Pronosticul maladiei depinde într-o măsură mare de calitatea tratamentului și profilaxia secundară a reumatismului.

Probleme posibile la micul pacient:

- Dispoziție alterată, astenie, etc.
- Dereglarea glutiției în caz de coree;
- Dereglări de mers din cauza artralgiilor;
- Frica pentru eventualele manipulații;
- Stare de anxietate față de spitalizare, procedurile medicale;
- Schimbarea aspectului exterior;
- Despărțirea îndelungată de cei apropiați;
- Diminuarea capacităților cognitive;
- Riscul dezvoltării complicațiilor, invalidității.

Probleme posibile la părinți:

- Stare de alertă pentru sănătatea copilului;
- Cunoștințe insuficiente despre maladia copilului;
- Aprecierea neadecvată a stării copilului;
- Dificultăți la crearea regimului corect de îngrijire și a celui alimentar;
- Prezența simțului de vină și neputință;
- Neîncrederea în succesul tratamentului;
- Agravarea relațiilor interpersonale în familie.

Consilierea părinților:

- Completarea cunoștințelor părinților referitor reumatismului la copii;
- Crearea mediului aseptice de îngrijire (încăpere curată, dezinfectată, bine aerată etc.)
- Monitorizarea funcțiilor vitale ale copilului (TA, Ps, temperatura, starea pielii, funcția articulațiilor etc);

- Protejarea copiilor de diferite situații stresante, asigurarea stării emoționale bune a copilului;
- Instruirea părinților cu referire la alimentația în reumatism cu limitarea sării de bucătărie și a grăsimilor, administrarea produselor bogate în potasiu;
- Convingerea părinților despre necesitatea profilaxiei preventive cu Bicilină;
- Promovarea comunicării afectuoase între părinți și copil;
- Facilitarea condițiilor pentru lectură, vizionarea filmelor, picturii, etc;

MALFORMAȚIILE CONGENITALE CARDIOVASCULARE (MCCV)

Malformațiile congenitale cardiovasculare reprezintă o problemă majoră de sănătate, ocupă al II loc printre toate anomaliile congenitale, cedînd locul viciilor sistemului nervos central.

După datele OMS MCCV constituie 0,8-1% din toată patologia nou-născuților, deoarece studiile recent efectuate pe un număr mare de copii în primii 3 ani de viață arată o incidență de 8-10 cazuri la 1000 nașteri vii. Anual în țările dezvoltate se nasc 30000-50000 copii cu vicii cardiace. Pronosticul depinde de severitatea anomaliei. Această patologie este una din cauzele principale ale mortalității la copii, cedînd locul pneumoniilor și traumatismelor cerebrale la naștere.

În Republica Moldova, din cauza MCCV, anual decedează circa 400 copii. MCCV sunt asociate cu malformații noncardiace în circa 25 % de cazuri. Letalitatea de această patologie în I an de viață este de 40-50%.

Cu toate că diagnosticul antenatal și cel neonatal se stabilește tot mai frecvent, cazurile de depistare tardivă a MCCV, doar după apariția semnelor clinice de boală, sunt încă des întîlnite. Diagnosticul întîrziat al MCCV deseori are consecințe grave sau chiar fatale. La fiecare al 4-a nou-născut, care decedează în prima săptămîină de viață i se descoperă o malformație de cord *post mortem*.

Odată cu progresul științei și aplicării noilor tehnologii de intervenție pe cord, mortalitatea prin MCCV s-a redus semnificativ.

Etiologia

Majoritatea cazurilor de MCCV rezultă din interacțiunea factorilor genetici și de mediu, însă o parte de cardiopatii rămîn fără o cauză stabilită.

Factori de mediu

Circa 2-4 % din cazurile de MCCV sunt corelate cu influențe nocive ale mediului sau cu unele stări patologice ale mamei:

- Medicația în perioada sarcinii cu progesteron, anticonvulsivante, antimetaboliți, litiu (sunt posibile leziuni valvulare);
- Diabetul zaharat matern are efect teratogen asupra sistemului cardiovascular, riscul de apariție a MCCV în aceste cazuri este de 5 ori mai mare decît la populația generală (36 cazuri la 1000 nou-născuți);
- Sindromul alcoolic – fetal, narcomania (50% MCCV);
- Hipovitaminoza A;

- Afecțiuni virotice în special în prima perioadă a sarcinii: rubeola, gripa, oreionul, varicela, rujeola etc. Agenții patogeni ai acestor maladii pătrund în organismul fătului transplacentar și dereglează embriogeneza cu formarea ulterioară a MCCV (mai frecvent stenoza pulmonară, persistența canalului arterial). Această cauză a fost stabilită la 30-40% de copii cu MCCV;
- O mare importanță în apariția malformațiilor de cord o au și factorii nocivi de la locurile de muncă: diferite vopsele, lacuri, acetonă (30%);
- O incidență sporită a MCCV se observă la gravidele care locuiesc la altitudini înalte;
- De asemenea MCCV se dezvoltă pe fundalul gestozelor, avorturilor în antecedentă;

Factori genetici

O mare importanță în apariția MCCV o are și factorul ereditar. Circa 3% din de MCCV sunt cauzate de o singură genă mutantă iar în 5% de cazuri sunt alăturate unor afecțiuni cromozomiale. S-a determinat că majoritatea maladiilor cromozomiale se caracterizează printr-o incidență înaltă a malformațiilor congenitale de cord:

- Sindromul “*cri du chat*” – în 20 %
- Sindromul Turner – 50 %
- Sindromul Down – 50 %
- Sindromul Edwards (trisomia 18) – 90 % cazuri.

În majoritatea acestor stări patologice cu excepția sindromului Turner, defectul cel mai frecvent observat este cel al septului ventricular.

Consultația genetică

Părinții cu un copil în familie, care are o oarecare MCCV, au nevoie de consultația medicului genetic pentru aprecierea riscului de recurență. Riscul de recurență genetică al MCCV variază foarte mult, de la 2 % la 50%, fiind mai mare în cazul mamei afectate de MCCV.

Recent au fost descoperite unele gene responsabile în apariția defectelor cardiace: ELN (elastin), NKX 2.5, TVX 5 etc.

De aceea la colectarea anamnezei se atrage atenția la vârsta și profesia părinților, debutul gravidității, bolile suportate în timpul sarcinii, deprinderile nocive.

Clasificarea MCC

Cea mai cunoscută clasificarea clinică a MCC pleacă de la semnele clinice și împarte cardiopatiile în:

- Cardiopatii necianogene;
- Cardiopatii cianogene;

Cardiopatiile necianogene sunt mai puțin severe, de regulă compatibile cu viața, se tratează medicamentos sau chirurgical, cu foarte bune rezultate. În această grupă mai frecvent se observă cardiopatiile:

- Comunicarea interauriculară
- Comunicarea interventriculară
- Persistența canalului arterial
- Coarctarea aortei
- Stenoza arterei pulmonare
- Stenoza aortei
- Dextracardia și situs inversus.

Ultimele anomalii nu dăunează cu nimic copilului, iar descoperirea lor este cu totul întâmplătoare, posibilă cu ocazia unui examen clinic și radiologic general.

Cardiopatiile cianogene sunt cele în care apare cianoza, datorită tulburării oxigenării sîngelui. În această grupă de cardiopatii mai frecvent se observă:

- Tetralogia Fallot
- Transpoziția vaselor magistrale
- Ductul arterial unic.

Tabloul clinic

Semnele clinice sunt foarte variate deoarece depind de particularitățile anormale, starea de compensare, de complicații. În viciile necomplicate copiii se nasc normali, fără abateri. Cianoza poate apărea peste câteva luni sau câțiva ani. În viciile complicate copiii se nasc cu malnutriție, pe parcursul primului an de viață se observă retard în dezvoltarea fizică și psihică, creșterea ponderală este foarte lentă.

În evoluția clinică a MCCV se deosebesc următoarele faze:

- *Adaptare primară*, cînd predomină mecanismele hemodinamice compensatorii;
- *Compensare relativă*, are loc inițierea proceselor distrofice la inimă;
- *Faza decompensată* cu procese distrofice masive și reducerea capacităților compensatorii ale organismului. Dereglările hemodinamice sunt masive, se pot asocia maladii intercurrente, care agravează și mai mult starea cipiilor pînă la deces.

S-a constatat că circa 30-40 % din pacienții cu MCCV dezvoltă urgențe grave în primele zile de viață și rata mortalității în acest grup ajunge la 90%, majoritatea copiilor dezvoltînd semne de insuficiență congestivă cardiacă.

Manifestările MCCV acianogene

Sunt condiționate de existența comunicării dintre circulația sistemică și cea pulmonară și reîntoarcerea unei cantități de sînge oxigenat în plămîni. Leziunea cardiacă depinde de mărimea defectului, presiunea relativă sistemică și cea pulmonară, rezistența vasculară. Acești factori sunt dinamici și se pot schimba odată cu creșterea copilului. Spre exemplu:

- În primele zile de viață un defect mare al septului ventricular poate manifesta semne clinice neînsemnate din cauza șuntului sangvin slab, dar mai tîrziu, odată cu creșterea rezistenței vasculare la copiii mai mari, simptomele clinice devin mai marcante, caracterizate prin tahipnee, mai ales la copilul mic, transpirații abundente, paloare, dificultăți alimentare/oboseală la supt, retard staturo-ponderal.
- Stenoza pulmonară severă va condiționa semne de insuficiență cardiacă dreaptă chiar din perioada neonatală și se va manifesta prin hepatomegalie, edeme periferice, tahicardie, dureri cardiace.
- Stenoza aortală severă se va manifesta la nou-născut cu edeme pulmonare, hepatomegalie, edeme periferice care pot progresa rapid spre un colaps circulator total.

Manifestările MCCV cianogene

- *Cianoza*. Zonele cele mai sigure pentru diagnosticarea cianozei sunt buzele, limba, extremitățile și paturile unghiilor. Severitatea cianozei depinde de gradul de stenoză. În cazul unei stenoze pulmonare ușoare cianoza poate fi absentă în repaus și manifestă în cazuri de efort (în timpul suptului, plînsului). În cazul stenozelor pulmonare severe la copil din primele zile de viață se va dezvolta o hipoxemie severă, cianoza apare în regiunea tălpilor, călcâilor, falangelor. În malformațiile cu stenoza aortei și transpoziția vaselor magistrale, cianoza este mai pronunțată în părțile superioare ale corpului. Cianoza poate fi periferică și/sau centrală. Cea periferică se mai numește *acrocianoza* (de la cuvîntul grecesc *akron-* extremitate). Cianoza centrală se manifestă prin colorația albastruie a buzelor, limbii, trunchiului.

- Se dezvoltă intens rețeaua venoasă pe suprafața toracelui, pe abdomen, la tălpi, pe sclere.
- Copiii cu așa anomalii sunt pasivi, acuză dureri precardiace, stau mai mult culcați sau în poziție șezândă. În timpul jocurilor se așează în chirostrie, apucând genunchii cu mâinile – poziție de *squatting* sau *pe vine*.
- O mare importanță are aprecierea pulsului și tensiunii arteriale, care pot varia în dependență de particularitățile MCCV. Tahicardia atinge 200 bătăi/minut.
- Un indice absolut ce ne indică prezența anomaliilor este deformația cutiei toracice de tip *bombare – depresiune* (bombare simetrică a toracelui superior și depresiune submamară bilaterală). Această deformație poate apărea foarte timpuriu. Bombarea precardiacă pe linia parasternală dreaptă vorbește de hiperfuncția inimii drepte, iar apariția în partea stângă de la stern indică hiperfuncția ventriculului stâng.
- Un alt indice important este apariția *pulsației patologice*. În hiperfuncția inimii drepte pulsația apare în regiunea fosei jugulare și vorbește de dereglarea circulației sangvine în aortă. În hipertrofia inimii stângi pulsația apare în regiunea șocului apexian, însă este mai localizat și iradiază puțin în jos.
- O mare importanță în diagnosticul MCCV o are și prezența suflurilor sistolice și diastolice, care pot apărea foarte timpuriu sau ceva mai târziu.
- În toate MCCV cianogene tratate din cauza hipoxiei tisulare *hipocratismul digital* – degetele la picioare și mâini capătă forma *bețișoarelor de tobă*, unghiile sunt bombate, asemănătoare sticlelor la ceasornice (Planșa nr. 49).
- Manifestări severe cauzate de hipoxia cerebrală sunt accesele hipercianotice, care se caracterizează prin plîns necontrolat, dispnee severă, cianoză progresiv – intensă, hipotonie cu plafonare, ajungîndu-se pînă la pierderea cunoștinței, convulsii și chiar exitus.

Diagnosticul cardiopatiilor congenitale

Se face pe baza anamnezei, a examenului fizic și a unor teste utile de diagnostic:

- *Anamneza și examenul fizic*. Sunt mijloace importante de diagnostic și de planificare a tratamentului defectelor cardiace congenitale. Este important de a stabili care pacient trebuie trimis într-un centru specializat și dacă trimiterea trebuie urgentată;
- Teste diagnostice:
 - Testare la efort pentru evidențierea disritmiilor
 - Electrocardiografia
 - Examenul radiologic
 - Ecocardiografia, Eco-Dopler

Complicații

- Aritmii. Ele reprezintă unul din motivele cele mai frecvente de spitalizare a pacientului cu MCCV și o cauză frecventă a mortalității.
- Consecințe hipoxice:
 - Tulburări ale hemodinamicii cu sporirea numărului de eritrocite și respectiv a viscozității sîngelui, cu cefalee, astenie, risc sporit de accident vascular;
 - Dereglarea funcției renale;
 - Complicații ortopedice: scolioze, osteoartropatii;
 - Litiaza biliară;
 - Endocardite, septicemie;
- Tulburări vasculare pulmonare progresive cu hemoptizie, hemoragii gastrice, care conduc la deces
- Sindromul de moarte subită. Rolul principal în moartea subită li se atribuie aritmiilor.

Tratamentul

Cea mai efectivă metodă de tratament a MCCV este metoda chirurgicală. Actualmente 90% din MCCV sunt tratate chirurgical. Intervențiile chirurgicale pot fi radicale și paliative. Cele radicale conduc la însănătoșirea completă a bolnavilor, cele paliative au scopul de a îmbunătăți starea generală a copiilor și preîntâmpină dezvoltarea stării de decompensare.

Tratamentul chirurgical se indică în faza de compensare a MCCV când lipsesc procesele distrofice în miocard. Vârsta optimală a copiilor cu MCCV pentru intervenții chirurgicale cuprinde 3- 12 ani. Pacienții cu forme ușoare de MCCV nu necesită tratament chirurgical.

Copiii cu MCCV sunt supravegheați de medicii cardiologi. Se cercetează odată în 2-3 luni în primii 2 ani de viață, în următorii ani o dată în an.

Copiilor cu MCCV compensate, când nu este pronunțată cianoza se indică gimnastica curativă în grupe speciale. Copiilor cu vicii în faza de decompensare li se indică regim de pat, toate manipulațiile se fac în pat, se aerisește des încăperea. Ca profilaxie a escarelor se indică fricționarea cu alcool.

Principiile terapiei medicamentoase

Obiectivul terapiei medicamentoase constă în asistența de urgență în accesele de crize hipoxice și terapia de susținere.

Asistența de urgență în accesele de crize hipoxice:

- Administrarea oxigenului umezit;
- Promedol și cordiamin intramuscular;
- În cazul pierderii cunoștinței, convulsiilor – intravenos anticonvulsivante, plasmă 100 ml/kg, glucoză 20% - 20-40 ml și insulină 2-4 U, dextran 50-100 ml, soluție de hidrocarbonat de sodiu 20-100 ml, eufilina 2,4% - 1-4 ml, vitamina C 5-10 ml;

Tratamentul sanatorial este indicat copiilor cu MCCV în faza de compensare fără dereglarea considerabilă a hemodinamicii. Vaccinurile sunt contraindicate doar în MCCV cu insuficiență cardiacă. Copiii cu MCCV necesită suplimentar vaccinuri împotriva gripei.

Pronostic

Pronosticul în cazul MCCV s-a îmbunătățit considerabil odată cu implementarea intervențiilor chirurgicale de corecție la o vârstă timpurie a copilului.

Profilaxia

- Monitorizarea corectă a sarcinii;
- Evitarea expunerii la medicamente teratogene;
- Evitarea expunerii la infecții virotice în special în primele 9-12 săptămâni de gestație;
- Prevenirea afecțiunilor cromozomiale;
- Diagnostic antenatal;
- Consultația specialistului genetic pentru evaluarea riscului de recurență în cazul unui copil cu afecțiune congenitală în familie;
- Ecocardiografie la 16-18 săptămâni de gestație, amniocenteza și studiul punctatului corional, în unele cazuri.

Probleme posibile la micul pacient

- Dispoziție alterată, astenie, etc.
- Frica pentru eventualele manipulații;

- Stare de anxietate față de spitalizare, procedurile medicale;
- Schimbarea aspectului exterior;
- Despărțirea îndelungată de cei apropiați;
- Diminuarea capacităților cognitive;
- Riscul dezvoltării complicațiilor, invalidității.

Probleme posibile la părinți

- Stare de alertă pentru sănătatea copilului;
- Cunoștințe insuficiente despre maladia copilului;
- Aprecierea neadecvată a stării copilului;
- Dificultăți la crearea regimului corect de îngrijire și a celui alimentar;
- Condiții materiale nesatisfăcătoare;
- Prezența simțului de vină și neputință;
- Neîncrederea în succesul tratamentului;
- Agravarea relațiilor interpersonale în familie.

Consilierea părinților:

- Completarea cunoștințelor părinților referitor la MCCV la copii;
- Crearea mediului aseptice de îngrijire (încăpere curată, dezinfectată, bine aerată, etc)
- Monitorizarea funcțiilor vitale ale copilului (TA, Ps, frecvența respirației, termometria de 2 ori/zi, culoarea tegumentelor, apariția crizelor hipoxice etc);
- Protejarea copiilor de diferite situații stresante, asigurarea stării emoționale bune a copilului;
- Instruirea părinților privind alimentația cu limitarea sării de bucătărie și a produselor alimentare care generează balonări intestinale (fasolea, mazărea, varza), a produselor bogate în grăsimi, alimentelor picante. Se recomandă administrarea produselor bogate în potasiu pentru îmbunătățirea activității cordului;
- Instruirea părinților privind administrarea digoxinului în condiții casnice: administrarea preparatului de 2 ori /zi, cu 1 oră înainte sau 2 ore după masă; la apariția vomei se repetă administrarea digoxinului; înregistrarea într-un registru special a administrărilor digoxinului;
- Convingerea părinților despre necesitatea tratamentului chirurgical;
- Promovarea comunicării afectuoase între părinți și copil;
- Facilitarea condițiilor pentru lectură , vizionarea filmelor, picturii, etc;

CAPITOLUL 8

MALADIILE SISTEMULUI EXCRETOR

L.Cerempei, E.Cucieru, T.Țurcan, S.Cobîleanschi, R.Cușnir, L. Botnarciuc

GLOMERULONEFRITA DIFUZĂ (GN)

Glomerulonefrita este o boală glomerulară, determinată de o infecție preexistentă faringiană sau cutanată cu streptococ betahemolitic din grupa A și declanșată de un conflict imun, manifestată cu hematurie, edeme, proteinurie, oligurie și hipertensiune arterială.

Glomerulonefrita ocupă primul loc în structura cauzelor insuficienței renale cronice la copii. De aceea maladia rămîne și în prezent o problemă ce îi preocupă pe savanții din acest domeniu.

Printre maladiile renale un rol deosebit îi revine glomerulonefritei difuze, care se întâlnește destul de frecvent la copii și are tendința de creștere și în continuare. Mai frecvent se observă la copiii de vîrsta 7-12 ani (O.Culitepina, V.Naumova).

De asemenea are importanță și predispoziția ereditară a macroorganismului de a face diferite boli excretorii.

Etiologia

Cauzele maladiiei sunt identificate doar la 50% pacienți. În cele mai frecvente cazuri glomerulonefrita apare după suportarea:

- unei infecții provocate de streptococi, stafilococi, enterococi, meningococi, infecții virale ca rujeola, varicela, oreionul, hepatita virală B sau C. În 60% cazuri s-a depistat la bolnavi prezența streptococului hemolitic în nazofaringe;
- diferitor boli parazitare ca malaria, toxoplasmoza, trichineloză etc;
- bolilor metabolice ca diabetul zaharat, amiloidoză;
- colagenozelor și vasculitelor;
- afecțiunilor tumorale (diferite limfoame, leucemii);
- alergiilor alimentare (Exemplu de produse alimentare: Ciocolată, cășune, citricele, mușcături de insecte etc);
- ca complicații postvaccinale (vaccin DTP, HVB, ROR etc).

Deasemenea la declanșarea GN are importanță și predispoziția ereditară a macroorganismelor de a face diferite boli excretorii.

Patogeneza

Glomerulonefrita acută apare mai frecvent la a 10-15zi de la suportarea unei tonzilite, nazofaringite, gripă sau altă infecție.

În prezent există mai multe teorii în patogeneza glomerulonefritei acute. O importanță deosebită se acordă teoriei *autoimune*, care a fost dovedită la aproximativ 75% pacienți. Ea constă în aceea că structurile țesutului renal sub acțiunea toxinelor capătă proprietăți de autoantigeni doar la pacienții determinați ereditar. Microbii și produsele lor de dezintegrare declanșează în organism fenomene de sensibilizare, cu formare de anticorpi, din care rezultă reacția antigen-anticorp la nivelul glomerulului cu îngroșarea peretelui glomerular și micșorarea suprafeței de filtrare, urmată de apariția procesului inflamator.

Procesul de inflamație este însoțit de eliberarea unei cantități de mediatori biologici activi (histamină, serotonina, ș.a.), care au o acțiune nocivă atât asupra pereților vaselor sangvine, măbind permeabilitatea lor pentru unele substanțe ca proteinele serice, eritrocite, cât și asupra proprietăților de coagulare a sîngelui prin formarea de microtrombi, care și mai mult dereglează circulația sangvină în glomerul. Ischemia renală creată stimulează secreția rininei, care va declanșa în organism reținerea natriului și a apei. Creșterea volumului plasmatic denotă apariția hipertensiunii arteriale.

Clasificarea GN primare la copii

Formele GN	Activitatea	Funcțiile renale
1. GN acută: - s-mul nefritic - s-mul urinar izolat - s-mul nefrotic -	Perioada manifestărilor inițiale Perioada de reversibilitate Trecerea în forma cronică	Fără dereglarea funcției renale Cu dereglarea funcției renale-Insuficiență Renală acută (IRA)
2. GN cronică: -forma nefrotică Forma mixtă Forma hematurică	Perioada acutizării Perioada remisiei parțiale Perioada remisiei clinico-paraclinice complete	Fără dereglarea funcției renale Cu dereglarea funcției renale-Insuficiență Renală Cronică (IRC)
3. Gn Subacută (malignă)		IRC

Tabloul clinic

Boala se întâlnește la copii de toate vârstele, însă s-a determinat o prevalență la băieți decît la fete. Manifestările clinice variază de la forme asimptomatice pînă la forme cu manifestări clinice importante.

După o perioadă de 2-3 săptămîni da la o angină, amigdalită etc. debutul bolii este cel mai frecvent *insidios*, cu oboseală, inapetență, greață, tegumente palide, dureri în abdomen, cefalee și apariția simptomelor urinare, edeme localizate la pleoape și față.

Debutul maladiei poate fi și *brusc*, în plină sănătate, cu febră, frison, greață, dureri în regiunea lombară, etc.

Maladia se manifestă predominant în 90% cazuri cu **edeme** care pot fi la început localizate la pleoape (fig.38), apoi se extind repede de pe față pe trunchi, în regiunea lombară, membrele inferioare, scotul la băieți.

Un alt semn important, care se depistează 70-80 % în glomerulonefrita acută, este **hipertensiunea arterială**, cu valoare pronostică, determinată de deficitul irigației rinichilor, urmată de secreția reninei care provoacă vasoconstricție. Valorile tensiunii arteriale întrec norma cu 10-30 mm col. mercur. Hipertensiunea arterială explică cefaleea, vărsăturile, tulburările de vedere, convulsiile, durerile precordice și ulterior a insuficienței cardiace.

Sindromul urinar se caracterizează prin scăderea diurezei (oligurie) care poate merge pînă la anurie. Urina poate avea aspect hematuric, densitate crescută, conține albumină, cilindri granuloși și hialini.



Hematuria poate fi micro- sau macrohematurie, depistată ușor după metoda Neciporenco. În microhematurie se conțin pînă la 50 de eritrocite în câmpul de vedere (40-50mii/ml urină), urina are culoarea neschimbată. Macrohematuria redă urinei aspectul spălăturilor de carne, numărul de eritrocite fiind mai mult de 50 în câmpul de vedere (50-100 mii/1ml urină). Hematuria poate dispărea complet după 2-3 săptămîni, uneori însă se menține mai mult timp, chiar după dispariția celorlalte simptome.

Proteinuria este deasemenea un simptom caracteristic în glomerulonefrită și poate atinge 3% și mai mult. În majoritatea cazurilor proteinuria este selectivă, prin pierderea proteinelor doar din clasa albuminelor. Proteinuria neselectivă cu pierderea atât a proteinelor cu masa moleculară mică cît și mare (globulinele) demonstrează evoluția nefavorabilă a maladiei.

La cercetarea urinei se observă și *leucociturie* care însă nu este caracteristică la toți bolnavii. Depistarea îndelungată a hematuriei și proteinuriei (mai mult de 1 an) indică trecerea formei acute în formă cronică.

În glomerulonefrită afectarea sistemului cardiovascular apare paralel cu simptomul uric: apare dispneea, se mărește tensiunea arterială atât sistolică cît și diastolică din cauza retenției Na și a lichidului în organism.

Din partea sistemului nervos central apar complicații sub formă de accese de eclampsie. Bolnavii acuză cefalee pronunțată, grețuri, vomă, TA mărită, ulterior apar convulsii tonice și clonice cu pierderea conștiinței, care durează de la 2-3 minute pînă la 20-30 minute.

În diagnosticul clinic al GNA se folosesc 3 sindroame de bază: nefritic, nefrotic și urinar.

- **Sindromul nefritic** se caracterizează prin edeme slab pronunțate, hipertensiune, hipervolemie, proteinurie, hematurie de diferit grad etc. S-a constatat că principala manifestare este totuși hematuria cu apariția hematiilor de diferite forme.
- **Sindromul nefrotic** se manifestă cu edeme răspîndite pînă la anasarca, proteinurie pronunțată (3-4g/24ore sau 50 mg/kg corp în 24 ore), hiperlipidemie (hipercolesterinemie), disproteinemie. Edemele localizate inițial pe față și gambe rapid invadează cavitățile seroase, provocînd ascite, hidropericardum, hidrocelul, edemul cerebral, laringian sau pancreatic (crize dureroase abdominal. Mecanismul edemului nefrotic este determinat de micșorarea presiunii oncotice prin hipoalbuminemie, cu trecerea lichidului în spațiul interstițial. În combinație cu celelalte semne se constată și mărirea considerabilă a rinichilor
- **Sindromul urinar** izolat se caracterizează prin proteinurie pînă la 2,5g/ 24 ore și hematurie de diferit grad. Simptomele extrarenale (edeme, hipertensiune arterială) lipsesc.

GNA spre deosebire de adulți în 80-90 % din cazuri se caracterizează prin însănătoșire spontană. În 5-20% cazuri boala poate evolua în forma cronică.

În **glomerulonefrita cronică** deosebim forma hematurică, nefrotică și mixtă.

- **Forma hematurică** se manifestă printr-o ușoară hipertonie, edeme mici și hematurie (mai frecvent macrohematurie) care persistă și după dispariția semnelor extrarenale. Proteinuria este nepronunțată (pînă la 1,0g/24 ore).
- **Forma nefrotică** se caracterizează prin edeme răspîndite, proteinurie mai sus de 3,5g/24 ore, cilindrurie, disproteinurie. În 95 % cazuri a fost determinată în sînge proteina C reactivă. Spre deosebire de celelalte forme se observă mărirea considerabilă a rinichilor în dimensiuni.

- **Forma mixtă** se caracterizează prin asocierea sindromului nefrotic și hematuric inclusiv hipertensiunea arterială. Această formă este rezistentă la metodele contemporane de tratament și are un prognostic nefavorabil.

După evoluția bolii sînt posibile următoarele forme: *acută, trenantă, ondulată, latentă*. Evoluția trenantă se caracterizează prin lipsa manifestărilor acute, semne extrarenale slab pronunțate, în schimb sindromul urinar se menține mult timp. Evoluția ondulată se caracterizează prin succesiunea perioadelor de acutizare și remisie. Evoluția latentă - practic copilul este sănătos și întîmplător la examinările profilactice se depistează modificări în analiza urinei.

Faza activă a glomerulonefritei se caracterizează prin evoluți maximă a simptomelor clinice.

Faza remisiei clinice-paraclinice se caracterizează prin reducerea simptomelor clinice și de laborator.

Pentru caracterizarea deplină se mai folosește termenul de insuficiență renală, care caracterizează capacitatea funcției rinichiului de a concentra și a filtra urina.

GN subacută se caracterizează printr-o evoluție foarte progresivă, cu micșorarea din primele zile ale debutului bolii a filtrației glomerulare și dezvoltarea timpurie a insuficienței renale (Planșa nr.60).

Complicațiile

1. Anuria.
2. Insuficiența cardiovasculară acută.
3. Eclampsia care este stadia finală de evoluție a bolii cu creșterea concentrației de uree și azot rezidual în sînge, hipertonie stabilă, anemie, hipoizostenurie. Bolnavul se cașectizează, temperatura corpului scade, pupilele se micșorează, aerul expirat e cu miros de uree, scaun apos frecvent, somnolență, respirația Kusmaul și starea comatoasă. Cazurile grave se termină letal.

Diagnosticul

Se confirmă în baza datelor anamnezei, examenul obiectiv, cercetărilor de laborator ale sîngelui și urinei. În analiza generală a sîngelui se înregistrează anemie, leucopenie, creșterea VSE.

În analiza biochimică a sîngelui se înregistrează: disproteinemie, colesterinemie, azotemie, uremie.

În analiza urinei se înregistrează următoarele schimbări: hematurie, proteinurie, cilindurie, leucociturie.

Tratamentul și îngrijirea

Se efectuează în secțiile specializate sau secțiile de pediatrie generală a spitalului de copii.

I. Regimul

În faza activă a maladiei durata regimului la pat este determinată de simptomele extrarenale. Repausul la pat asigură încălzirea uniformă a tegumentelor și duce la dilatarea vaselor sangune renale. În formele necomplicate el durează 1-2 săptămîni, apoi se trece la regim semi-pat, care exercită o acțiune favorabilă asupra evoluției bolii, contribuie la dispariția mai rapidă a edemelor, preîntîmpină apariția trombozelor. S-a dovedit că regimul strict la pat nu îmbunătățește evoluția bolii.

II. Dietoterapia

Este un factor important în tratamentul GN. În primele zile ale perioadei acute când sunt pronunțate edemele și oliguria se recomandă masa 7a cu excluderea din alimentație a sării de bucătărie și proteinelor. Proteinele se administrează câte 1,5 mg/kg cu limitarea carnei, peștelui, brânzei. Pentru normalizarea hiperlipidemiei se administrează ulei vegetal câte 15 ml/24 ore. Cantitate de lichid necesară zilnic copilului va constitui diureza zilei premergătoare+ 200 ml lichid (ceai cu lămâie, apă minerală plată, apă fiartă).

După 4-5 săptămîni de la debut se trece la masa nr. 7b +carne și produse lactate apoi la 7c+1,5-2,0g sare, apoi se trece la masa nr.5 pe 5-6 săptămîni cu excluderea bulioanelor concentrate, bucatelor picante, prăjite etc. În caz de oxalurie se exclud produsele bogate în oxalați: măcriș, sfeclă, ciocolată, cafea, portocale, mandarine etc.

III. Tratamentul medicamentos

- Din primele zile ale tratamentului se administrează *antibioticele* din grupa penicilinei, macrolide, cefalosporine. Antibioticele nefrotoxice sînt contraindicate (neomicina, canamicina, monomicina etc.).
- De asemenea din primele zile se administrează preparate *antihistaminice* pe o durată de 3-4 săptămîni cu schimbarea preparatului la fiecare 7-8 zile: suprastin, diazolin, taveghil, diprazin (pipolfen), claritin etc.
- Dereglările echilibrului hidro-salin, micșorarea volumului sîngelui circulant din cauza edemelor necesită tratamentul cu *dezagregante* (acid acetilsalicilic, curantil,trental, eufilin) și *anticoagulante* (Fenilin, heparin, neodicumarin).
- În conduita integrată a sindromului nefrotic este foarte important tratamentul edemelor cu utilizarea *diureticelor*: hipotiazid, indap, furosemid (lazix), diacarb, verospirom, triamteren, amilorid, manit etc.
- În hipertensiunea arterială se prescriu *hipotensive*: rezerpin, raunatin, dibazol, papaverin, terazosin, ramipril, nifedipin, varapamil etc.
- Deasemenea se administrează *vitaminele* din gr. B, A, E, C, acid nicotinic.
- Din tratamentul cu *plante medicinale* se indică infuzie din frunze de coacăz, de mesteacăn alb, urzică, fructe de măcieș, de fragi.

Tratamentul sanatorial este indicat atît în formele acute cît și cronice de glomerulonefrită fără semne de acutizare.

Profilaxia

Prevenirea glomerulonefritei necesită respectarea unui complex de măsuri îndreptate spre fortificarea organismului în întregime. Pentru aceasta se cere respectarea regimului igienic, menținerea temperaturii optime în încăpere, aerisirea regulată a locuinței, îndeplinirea procedurilor de călire, practicarea sportului etc. O atenție deosebită se acordă copiilor din grupa de risc cu tonzilită cronică, viroze frecvente, cu diateză alergică și alte maladii alergice unde reactivitatea organismului este redusă. Acești copii sunt supravegheați permanent de medicii specialiști și tratați în cazul apariției la ei a maladiilor inflamatoare.

Copiii cu glomerulonefrită acută se află la evidență la medicul nefrolog timp de un an și în lipsa acutizării în acest timp copiii se consideră însănătoșiți. Evidența dispensarică în GNC se face în decurs de 5 ani.

PIELONEFRITA

Pielonefrita prezintă un proces inflamator tubulo-interstițial de etiologie microbiană cu afectarea preponderentă a sistemului pielo-caliceal.

Pielonefrita este nu numai cea mai frecventă maladie renală, dar și una din cele mai răspândite patologii în practica pediatrică. În baza studiilor efectuate s-a constatat că în Republica Moldova la 1000 de copii considerați sănătoși revin 120-136 copii cu patologii renale, dintre care pielonefrita constituie 79% din cazuri.

Indicii frecvenței pielonefritei se schimbă în dependență de vârsta copiilor. Maladia se înregistrează mai frecvent la copiii până la vârsta de un an. Numărul cazurilor de pielonefrită la această vârstă este echivalent cu cel al bolnavilor de la 1 an la 14 ani. În 85% de cazuri pielonefrita se manifestă pe parcursul primelor 6 luni de viață a copilului. Frecvența dezvoltării pielonefritei la vârsta de sugar la ambele sexe este aceeași.

Etiologia

În ultimii ani o importanță deosebită în geneza pielonefritei se atribuie enterobacteriilor, ce colonizează intestinul gros, locul de frunte îl acupă E. Colli -80%. Printre alți agenți patogeni se mai numără proteusul, clebsiella, bacteriile forma-L, chlamidia, micoplasma, Candida albicans etc.

Factorii predispozanți și de risc în evoluția pielonefritei

1. Factori ereditari

2. Factori prenatali:

- Gestozele;
- Virozele intercurente acute;
- Acutizarea maladiilor cronice;
- Pielonefrita cronică;
- Utilizarea medicamentelor în timpul sarcinii;
- Deprinderi dăunătoare (tabagismul, alcoolismul, narcomania);
- Infecția intrauterină.

3. Factori de risc postnatali:

- Asfixia la naștere;
- Hipotrofia congenitală;
- Prematuritatea;
- Maladii infecțioase, viroze frecvente;
- Stările limitrofe;
- Alimentația artificială;
- Disbacterioza intestinală;
- Procese inflamatorii purulente;
- Anomaliile nefro-urinare (Fig.39).

4. Factori de risc în dezvoltarea pielonefritei la copii mai mari:

- Maladiile infecțioase;
- Focarele cronice de infecție;
- Virozele acute;
- Cistitele cronice;
- Balanopostitete, vulvovaginitele;

- Disbacteriozele intestinale;
- Hipodinamiile;
- Constipațiile.

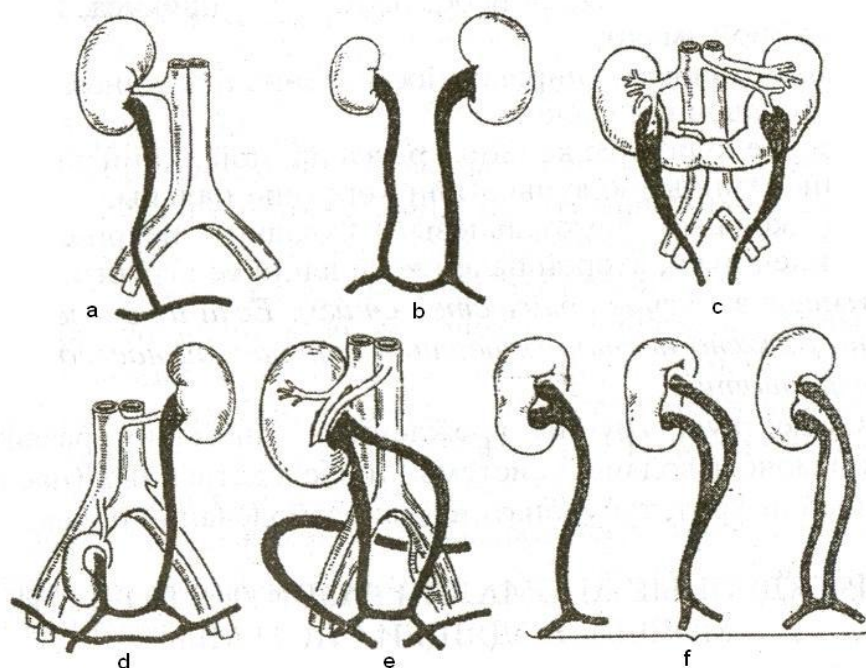


Fig. 39 Anomalii renale de dezvoltare

- a) Agenezie unilaterală, b) Hipoplazie renală, c) Rinichi în potcoavă, d) Ectopie renală iliosacrală, e) Rinichi fuzionați, f) Dedublarea bazinetelor și ureterelor .

Practic nu există copil care nu ar prezenta factori predispozanți pentru această maladie, totuși nu fiecare copil face pielonefrită, deoarece aparatul urinar este prevăzut cu mijloace proprii de apărare față de diferite infecții: *numărul mic de germeni patogeni din urină, prezența stratului protector la nivelul vezicii urinare care distruge germenii patogeni, funcționalitatea sistemului fiziologic și anatomic de prevenire a refluxului uretro-cisto-uretero-renal etc.*

Patogeneza

Actualmente s-a constatat că în 94% de cazuri copiii au moștenit antigeni cu risc mărit de îmbolnăvire de la mama cu pielonefrită cronică, ce demonstrează rolul important al factorului ereditar către o maladie renală (riscul programat al bolii).

Pentru dezvoltarea pielonefritei sunt necesari 3 factori importanți:

- Micșorarea rezistenței locale a țesutului renal.
- Dereglarea urodinamicii.
- Prezența infecției virulente.

Caracteristica factorilor

- Importanța primordială în geneza infecțiilor urinare o are *dereglarea imunității umorale locale*. Pielonefrita se datorește dereglărilor funcției de fagocitoză.
- Diminuarea fluxului de urină este determinată de *obstacole organice și funcționale* (diverticul al vezicii urinare, vase aberante, ureterocel, vezică urinară neurogenă,

calculi în vezica urinară, reflux vezico-ureteral, dereglări metabolice, obstrucție intravezicală etc).

- Un loc deosebit în dezvoltarea pielonefritei la copii îl are *factorul infecțios*.

Actualmente sunt cunoscute diferite căi de infectare: hematogenă, transplacentară, ascendentă. Copiii născuți de la mame cu pielonefrită cronică manifestă la naștere simptome de infecție intrauterină și mai frecvent suportă diferite maladii septice în perioada postnatală.

Lezarea sistemului urinar al copilului se produce în urma dereglării legăturilor hormonale, nervoase, imunologice directe și indirecte dintre mamă și copil.

Un rol esențial în dezvoltarea pielonefritei îl joacă infecția virală, mai ales la copiii ce fac viroze intercurrente frecvente.

Clasificarea pielonefritei

Formele pielonefritei		Forme evolutive	Activitatea procesului inflamator	Funcția rinichilor
1. Pielonefrita primară (neobstructivă)	I. Acută 1. Simplă 2. Purulentă a) Pionefrită b) Abcese, carbuncul	Ușoară Moderată Severă	Activă Reversibilă Însănătoșire	Funcția rinichilor păstrată Dereglarea funcției renale Insuficiență renală acută
	II. Cronică	Recidivantă Latentă	Activă Remisie parțială Remisie clinico-paraclinică totală	Funcția rinichilor păstrată Dereglarea funcției renale Insuficiență renală cronică
2. Pielonefrita secundară (obstructivă, dismetabolică)				

Pielonefrita acută se consideră pînă la 4-6 săptămîni, cea cronică se stabilește după un an de la îmbolnăvire.

Tabloul clinic

Manifestările clinice sunt foarte diverse și polimorfe, depind de vîrsta copilului.

Particularitățile tabloului clinic al pielonefritei la nou-născuți și copii de vîrstă fragedă

- Semne generale: aspect suferind, tegumente palide sau cianotice, febră instabilă de scurtă durată;
- Fenomene gastro-intestinale: anorexie, vărsături, diaree cu pierderi excesive în greutate, ileus paralytic;
- Manifestări neurologice: meningism, convulsii, hipotonie, tulburări de ritm respirator, letargie;
- Retard fizic;
- Icter cauzat de hiperbilirubinemia directă și indirectă în asociere cu anemia hemolitică. La unii pacienți poate fi unica manifestare a pielonefritei;

Debutul la acești copii poate fi violent cu declanșarea acută a maladii sau oligosimptomatic cu apariția treptată a simptomelor clinice de intoxicație generală. Deseori absența semnelor urinare nu orientează diagnosticul și maladia se depistează întâmplător la un examen fizical și ecografic.

La nou-născuți și sugari pielonefrita cel mai frecvent are o evoluție oligosimptomatică sau asimptomatică care este condiționată de insuficiența reacției de răspuns imunologic, ceea ce face mai complicată stabilirea maladii la această vîrstă.

Manifestările clinice la copiii de vîrstă mai mare

- Debut brusc;
- Starea generală modificată;
- Febră 39-40°C cu frison;
- Leucociturie;
- Manifestări digestive (grețuri, vome etc.);
- Oligurie;
- Mai rar pot fi dereglări micționale (la asocierea cistitei).

La examenul fizic, palparea regiunii lombare este dureroasă. Evoluția pielonefritei **poate fi ușoară**, manifestată printr-un episod, cînd febra și durerile dispar peste 2-3 zile cu/sau fără tratament antibacterian, în multe cazuri se pot rezolva spontan.

În **forma moderată** starea copilului este mai gravă, simptomele sunt mai pronunțate, cu alterări morfo-funcționale renale.

Forma **severă** se manifestă prin starea generală severă, simptome pronunțate, semne de insuficiență renală și cardiovasculară, apelînd în multe cazuri la asistența specializată pînă la dializă. Dacă tratamentul acestei forme este inadecvat sau tardiv, se poate produce **șocul toxico-septic** cu consecințe grave.

Pielonefrita **cronică** poate avea o evoluție latentă și recidivantă de lungă durată cu acutizări repetate.

Simptomatologia pielonefritei cronice:

- Tegumente palide, pămîntii, ciarcăne, edemațieri sub ochi;
- Subfebrilitate;
- Dureri cu localizare mai frecventă sub rebordurile costale (pînă la 70%), care orientează spre o patologie digestivă. Durerile lombare se resimt în deosebi la efort fizic.
- Miros *fetid* sau *amoniacal* al urinei proaspete și aspectul ei netransparent la emisie;
- Hipostenurie sau izostenurie;
- Retard fizic;

Diagnosticul pielonefritei

Criterii de bază:

- Anamneza;
- Bacteriuria semnificativă (10^5 colonii de bacterii / 1 ml);
- Leucocituria;
- Diminuarea funcției rinichilor;
- Modificări morfologice în rinichi după datele examinării urologice;

Criterii auxiliare:

- Paliditatea tegumentelor;

- Anorexia;
- Edeme în regiunea ochilor;
- Manifestări dispeptice;
- Retard fizic;
- Hematurie, anemie, leucocitoză;
- Majorarea tensiunii arteriale.

Pentru stabilirea diagnozei sunt necesare 3 criterii din cele de bază și 1-2 din cele secundare. Chiar și atunci când manifestările clinice sunt sugestive diagnosticul trebuie confirmat bacteriologic. Această metodă ghidează în conduita terapeutică și ca test diagnostic (se recoltează urina sterilă din mijlocul getului urinar).

În 1956 Kass introduce termenul de bacteriurie semnificativă – 10^5 colonii de germeni/1 ml cu prezența aceluiași germen în 2 din 3 însămânțări consecutive, iar indicii 10^4 , 10^3 sunt cazuri dubioase și necesită repetarea probelor. Dar aceste valori nu pot să excludă pielonefrita în cazul existenței datelor clinice și paraclinice sugestive și absența bacteriuriei sugestiv

Examenul urinei este un element util în diagnosticul pielonefritei. Aspectul urinei poate fi clar sau netransparente la emisie, uneori hematurie (în cistite). PH-ul urinei poate fi puțin acid sau alcalin. Proteinuria poate lipsi sau prezenta „urme slabe”. Sedimentul urinar este variabil. Leucocituria este prezentă sau poate lipsi în primele 2-3 zile ale unei pielonefrite acute și în formele persistente sau recurente ale pielonefritei cronice.

În cazul când este necesară aprecierea cantitativă a sedimentului urinar ne folosim de proba Neciporenko, care indică numărul de leucocite, eritrocite și cilindri în 1ml de urină. Leucocituria poate fi o sursă de eroare în cazul prezenței vulvovaginitei sau balanopostitei. Hematuria nu este patognomică – poate exista macroscopic și microscopic, însoțind debutul unei cistite.

Examenul sedimentului urinar se efectuează pe urina proaspătă de dimineață.

Investigațiile biochimice. Ureea poate indica o retenție azotată în cazul diferitor forme ale pielonefritei. De asemenea se apreciază creatinina serică.

Analiza generală a sîngelui. În cazul pielonefritei acute – leucocitoză cu neutrofilie, anemie, VSH cu valori sporite.

Examinările instrumentale:

- USG rinichilor ne indică poziția, dimensiunile rinichilor, structura parenchimului renal, dimensiunile bazinetelor renale.
- Scintigrafia rinichilor este o metodă izotopică de diagnostic și ne permite aprecierea permeabilității căilor urinare superioare.
- Examenul radiologic al aparatului urinar sunt reprezentate de urografia excretorie, cistografia micțională.

Tratamentul

Principiile generale de tratament:

- Tratament etiotrop;
- Tratament patogenic;
- Tratament simptomatic.

În perioada acută se prescrie regim la pat care se păstrează toată perioada febrilă și este anulat după normalizarea temperaturii.

În tratamentul pielonefritei este foarte importantă alimentarea bolnavului care va asigura protecția sistemului canalicular renal, preponderent tubii distali. Aceasta se poate realiza prin excluderea din rația alimentară a substanțelor extractive și aplicarea unei tehnologii speciale de pregătire a bucatelor.

- **Dieta nr. 5 (după Pevzner)** – este constituită preponderent din produse lactate, care pe lângă efectul diuretic normalizează și funcția florei intestinale. Sunt contraindicate: *cafeaua, cacao, ceapa, hreanul, carnea prăjită, usturoiul, bulionul concentrat, murăturile, copturile, produsele cu conservanți.*

Foarte importantă este majorarea consumului de lichide (1,5-2 l/zi).

- **Terapia medicamentoasă.** O deosebită importanță are selectarea preparatului antibacterian în dependență de sensibilitatea germenilor față de aceste preparate. Tratamentul antibacterian se realizează în 2 etape:
 - Tratamentul de *atac*
 - Tratamentul de *consolidare*.

Preparatele antibacteriene administrate în pielonefrită:

Clasa de substanțe	Antibiotice	Spectru de acțiune	Doza (kg/zi)
Antibiotice β-lactamice	Ampicilină	<i>E. Coli</i> <i>Proteus</i> <i>Shigella</i> <i>Salmonella</i>	100-150 mg
Cefalosporine Generația a II-a	Cefuroxim (Zinacef) Cefuroxime (Axetine) Zinat	<i>E. Colli</i> <i>Proteus</i> <i>Mirabilis</i> <i>Klebsiella</i>	75-150 mg 2 ori/zi
Cefalosporine Generația a III-a	Claforan Ceftazidime (Fortum)	<i>E. Colli, Proteus</i> <i>Klebsiela</i> <i>Enterobacte</i>	20-80 mg
Nitrofurane	Furadonin Furagin	<i>E. Colli</i> <i>Enterobacter</i>	4-5 mg
Chinoline	5-NOC Acid nalidixic Norfloxacin	<i>Enterobacter</i> <i>Pseudomonas aerogenosa</i>	5 mg Curs 5-7 zile
Macrolizi	Clacid	<i>Chlamidia spp.</i> <i>H. influenzae</i>	7,5 mg 7-8 zile

Tratamentul de atac durează 10-14 zile în primul puseu pentru infecțiile joase și 14-21 zile pentru infecțiile înalte. În pielonefrita cronică cu obstrucție tratamentul durează pînă la sterilizarea urinei, iar cînd sterilizarea nu se obține, pînă la ameliorare. Profilaxia recidivelor durează de 3-6 luni.

Tratamentul de consolidare are ca scop întreținerea și profilaxia recidivelor. Tratamentul de consolidare se face cu chimioterapice, care modifică cel mai puțin flora intestinală și la care rezistența germenilor se instalează greu. Se practică monoterapia sau terapia combinată.

Este foarte importantă administrarea vitaminelor A, E, C, B₁, B₂, B₆.

Tratamentul pielonefritei acute depinde și de faza evolutivă:

Forma ușoară necesită:

- Repaus la pat 1-2 zile după normalizarea temperaturii;
- Dietă de protecție, proteinele diminuate numai în caz de alergie sau azotemie;
- Aport crescut de lichide;
- Reglarea tranzitului intestinal;

- Chimio- și antibioticoterapie (se administrează numai un antibiotic pe 7-10 zile, apoi uroseptice timp de 1 lună).

Forma moderată – pe lângă principiile descrise anterior.

- Spitalizare obligatorie cu indicarea antibioticelor, în special injectabile;
- Biseptol suspensie;
- Detoxicare – perfuzii intravenoase cu Glucoză 5-10%;
- Chimio- antibioticoterapie continuă 1-3 luni;

Forma gravă suplimentar:

- 2 antibiotice pînă la determinarea antibioticogramei (gentamicină, sau cefalosporine de generația III + Amoxicilină)
- Metronidazol;
- Perfuzii endovenoză cu monitorizarea diurezei;
- Tratament chirurgical, drenarea căilor urinare sau, dacă e posibil, înlăturarea obstrucției;

Ca sursă suplimentară la tratamentul antibacterian servește **fitoterapia și apele minerale.**

Fitoterapia

Nr.	Denumirea plantelor și combinații posibile	Mecanismul de acțiune	Gradul de acțiune
1.	Pojarnița (sunătoare)	Antiinflamator	++++
2.	Pătlagină	Antiseptic	++++
3.	Strugurii-ursului	Diuretic	+++
4.	Urzică	Regenerator	+++
5.	Coadă șoarecelui	Aglutinant	+++
		Tonizant	++
		Hemostatic	+++
1.	Pojarniță (sunătoare)	Antiseptic	++++
2.	Urzică	Antiinflamator	++++
3.	Frunză de merișor	Regenerator	++++
4.	Măceș	Tonizant, diuretic	+++
5.		Hemostatic	++

În pielonefritele secundare se recomandă tratamentul chirurgical al anomaliilor de dezvoltare. Pielonefrita cronică în 80% de cazuri este secundară și cauzată de dereglări morfofuncționale ale sistemului excretor. De aceea tratamentul pielonefritei cronice va fi efektiv numai după înlăturarea cauzei și instalarea pasajului urinar. Pielonefrita cronică necesită o perioadă îndelungată de tratament cu antibiotice, uroseptice după principiile enunțate la pielonefrita acută.

Pronosticul

În cazul pielonefritei acute este favorabil cu rare excepții. Pielonefrita însoțită de o malformație obstructivă sau reflux vezico-ureteral are un pronostic rezervat și depinde de posibilitățile tratamentului chirurgical. Pronosticul pielonefritei cronice depinde de extinderea zonelor cicatrizante în rinichi și de insuficiența renală dezvoltată.

CISTITELE

Cistita este o inflamație a mucoasei vezicii urinare. Este cea mai frecventă patologie nefrologică, care însoțește diverse patologii ca: pielonefrita, litiaza renală etc.

Factorii predispozanți în dezvoltarea cistitei sunt:

- Prezența microorganismelor patogene;

- Afectarea pereților vezicii urinare ca urmare a proceselor de stază urinară;
- În afară de factorul etiologic de origine bacteriană, un rol important în dezvoltarea cistitelor o au: mycoplasma, chlamidiile, virusurile etc. În majoritatea cazurilor cistita acută este provocată de *E. coli*, iar în 20 % - de *S. saprofiticus*.

Clasificarea cistitelor

- I. **După mecanismul apariției:**
 1. Primară
 2. Secundară
- II. **După etiologie:** cistita infecțioasă, de origine chimică, termică, toxică, medicamentoasă, alimentară, neurogenă, parazitară, postoperatorie.
- III. **După evoluție:**
 1. Acută.
 2. Cronică
- IV. **După răspândirea procesului inflamator:** dacă procesul inflamator afectează colul vezicii urinare - *cistita colului*; în cazul afectării triunghiului muscular al vezicii urinare - *trigonită*.
- V. **Clasificarea morfologică a cistitei acute:** catarală, hemoragică, granulară, fibrinoasă, erozivă, gangrenoasă, flegmonoasă.

Tabloul clinic

Disuria și polachiuria constituie „sindromul cistic”, caracteristic cistitei. Concomitent mai sunt prezente așa manifestări clinice ca:

- Tenesme vezicale, durere suprapubică, spontană și la palpare. Cistita va fi bănuită și la copiii ce plâng la micțiune;
- Bacteriurie nesemnificativă: 10^3 germeni/ml, uneori sub 10^2 germeni/ml;
- Pneumaturie (eliminarea de aer în urină) este caracteristică pentru cistita emfizematoasă datorită germenilor anaerobi ce afectează submucoasa vezicii. Copiii prezintă enurezis și incontinență de urină în timpul zilei.

Diagnosticul clinic și diferențial

Diagnosticul unei cistite nu prezintă mari dificultăți, cu excepția cazurilor cu evoluție atipică. În fiecare caz aparte, maladia de bază ce provoacă sau menține cistita, poate acționa direct atât asupra manifestărilor clinice, cât și morfologice în vezica urinară.

Manifestările clinice în cistita cronică sunt asemănătoare celor din cistita acută, dar mai atenuate.

În prezența unei secreții vaginale, mai ales în bacteriuria sub 10^5 gr/ml, se impune diagnosticul de vaginită, cervicită sau uretrită. Este necesară în paralel consultația ginecologului.

O altă formă de infecție urinară acută este uretrita (sindromul uretral acut). Clinic sindromul cu greu poate fi diferențiat de cistita. Frecvent la fetițe în vagin se atestă tulpini invazive de bacili gram-negativi, stafilococ saprofit, manifestările clinice dominante fiind episoade de disurie, polachiurie (piurie) paraclinic cu bacteriurie nesemnificativă sau fără bacteriurie (uroculturi sterile).

Evoluție

Tratarea adecvată a cistitei primare asigură însănătoșirea pacientului peste 2-3 săptămâni. În caz de erori în diagnostic survine dezvoltarea unui proces inflamator cronic,

reflux vezico-renal de diferit grad. Cistita cronică pe fundalul de uropatii are prognostic nefavorabil, contribuind la dezvoltarea pe parcurs a pielonefritei, ce are ca consecință IRC.

Tratamentul

În perioada acută a maladiei se recomandă regim la pat în vederea micșorării disuriei și normalizării funcției vezicii urinare.

Dietoterapia: se vor exclude alimentele picante (naturale, sosurile, spanacul, usturoiul, conservele etc). Se recomandă băutul abundent (până la 2 l) în formă caldă.

Terapia medicamentoasă constă în administrarea preparatelor antibacteriene, fitoterapiei. În prezența uropatiilor obstructive este necesar de a înlătura cauza ce a condiționat obstrucția.

CAPITOLUL 9

MALADIILE METABOLICE

L.Cerempei, E.Cucieru, S.Cobîleanschi, L.Botnarciuc, R.Cușnir, T.Țurcan

HIPOVITAMINOZELE ȘI AVITAMINOZELE

Avitaminoză - stare patologică provocată de lipsa completă a vitaminei în organism.

Hipovitaminoză - stare patologică care se instalează la insuficiența parțială a vitaminei în organism.

Clasificarea vitaminelor

1. Hidrosolubile

- vitamina B₁ (tiamina)
- vitamina B₂ (riboflavina)
- vitamina B₃(niacina, acid nicotinic)
- vitamina B₄ (colina)
- vitamina B₅ (acidul pantotenic)
- vitamina B₆ (piridoxina)
- vitamina B₇ (vitamina H)
- vitamina B₈(biotina)
- vitamina B₉(acidul folic)
- vitamina B₁₂ (cobalamina)
- vitamina B₁₅ (acidul pantogamic)
- vitamina C (acidul ascorbic)

2.Liposolubile

- vitamina A (retinol)
- vitamina D (calciferol)
- vitamina E (tocoferol)
- vitamina K

Vitaminele hidrosolubile necesită administrare zilnică, deoarece ele nu se depozitează și se elimină din organism în decurs de 4 zile. Vitaminele liposolubile se pot păstra în țesuturi

și ficat un timp îndelungat. Vitaminele sunt un component al celulelor organismului și participă la toate procesele biochimice, necesare pentru creșterea și dezvoltarea organismului.

Etiologie

- Exogenă (primară) - conținut redus al vitaminelor în produsele alimentare;
- Endogenă (secundară) - provocată de diferite cauze:
 - dereglarea absorbției vitaminei în tractul gastrointestinal;
 - invazie intestinală de helminți;
 - diaree cronică, sindrom de maldigestie, sindrom de malabsorbție;
 - maladii cronice sau acute de ficat;
 - leucemie și alte patologii oncologice;
 - boli ereditare, enzimopatii, dereglări endocrine;
 - folosirea medicamentelor cu acțiuni antivitaminice (streptomycină, preparate sulfanilamide);
- Necesitate sporită în vitamine:
 - practicarea îndelungată a dietelor neraționale, regimurilor dietetice restrictive (regimuri vegetariene, macrobiotice, lacto-vegetariene);
 - temperaturi joase sau înalte ale ambianței;
 - efort fizic, tensionare neuropsihică, anorexie;
 - insuficiență de oxigen, hipoxie cronică;
 - la femei în timpul sarcinii, lactației;
- Tehnologii incorecte de păstrare, prelucrare a produselor alimentare.

Vitamina A

Vitamina A este necesară pentru diferențierea celulară și creșterea organismului. Necesitatea zilnică de vitamina A pentru copii constituie 400-1000 mg în dependență de vârstă.

Insuficiența vitaminei A se manifestă prin dereglări ale vederii (vederea scade mai ales în amurg, numită « *orbul găinii* »), paliditatea și descuamarea tegumentelor, piele uscată, predispoziție la apariția furunculozei, piodermitelor, scăderea poftei de mîncare, fatigabilitate, descuamarea unghiilor etc.

Excesul de vitamina A poate produce prurit cutanat, icterul feței, tălpilor, palmelor, căderea părului, iritabilitate, somnolență, cefalee etc.

Vitamina A se conține în: ficat, morcov, brokoli, pătrunjel, ceapă verde, usturoi, bostan, sfeclă, lapte, smîntînă, unt, gălbenuș de ou, carne de găină etc.

Vitamina B₁

Vitamina B₁ joacă un rol important în reglarea metabolismului lipidic, glucidic, hidric, participă la hematopoieză, acționează benefic asupra respirației celulare, activității sistemului nervos și digestiv. Necesitatea zilnică în vitamina B₁ pentru copii constituie 0,3-1,5mg în dependență de vârstă.

Deficitul vitaminei B₁ conduce la apariția dereglărilor din partea sistemului nervos (oboseală, cefalee, insomnie, scăderea memoriei și a atenției), constipații, edeme, hepatomegalie, scăderea poftei de mîncare, respirație dificilă, prurit, dereglarea coordonării mișcărilor, scăderea masei corporale. În deficitul pronunțat de vitamina B₁ se dezvoltă maladia cu denumirea de *Beri-Beri*, care se manifestă prin polineurite, dereglarea sensibilității extremităților, tahicardie, palpitații, scăderea rezistenței organismului față de diferite infecții.

Vitamina B₁ se conține în: pîine neagră, hrișcă, ovăz, ficat de vită și porc, carne de porc, boboase, nuci.

Vitamina B₂

Vitamina B₂ ia parte la formarea celulelor sangvine și a anticorpilor. Acționează asupra vederii, măbind acuitatea și îmbunătățind vederea de noapte, participă la metabolismul glucidic, la sinteza proteinelor și lipidelor. Doza zilnică de vitamina B₂ pentru copii este de 0,4-1,8 mg.

Deficitul de vitamina B₂ conduce la scăderea poftei de mâncare, retard ponderal, apatie, cefalee, prurit cutanat, scăderea vederii, conjunctivite, insomnie, căderea părului, aplatisarea curbei staturale. În colțurile gurii pot apărea fisuri iar la mamele ce alăptează apar fisuri mamelonare.

Surse de vitamina B₂ sunt: laptele, chefirul, cașcavalul, carnea slabă, peștele, ficatul, rinichii, gălbenușul de ou, ciupercile.

Vitamina PP

Vitamina PP participă ca coferment în metabolismul glucidic, proteic și lipidic, ia parte la activitatea sistemului nervos central, digestiv, menține pielea în stare normală, acționează pozitiv asupra memoriei.

Deficitul vitaminei PP generează dezvoltarea maladiei numite *pelarga* care se caracterizează prin afectarea sistemului nervos central, digestiv și a pielii. Simptomele acestei maladii sunt: diareea, micșorarea secreției sucului gastric, erupții cutanate, iritabilitate, amețeli, cefalee, insomnie, dureri musculare, scăderea poftei de mâncare.

Surse de vitamina PP sunt: carnea, ficatul de vită, drojdia, morcovul, arahisul, crupele, laptele, ouăle.

Vitamina B₅

Vitamina B₅ participa la metabolismul glucidic, lipidic și proteic, este necesară pentru formarea hormonilor glandei suprarenale și activitatea sistemului nervos central.

În deficitul vitaminei B₅ poate apărea oboseală, cefalee, vomă.

Surse de vitamina B₅ sunt: boboasele, ficatul, arahisul, rinichii, gălbenușul de ou, carnea, laptele, peștele, mazărea, ciupercile, nucile.

Vitamina B₆

Vitamina B₆ intra în compoziția multor fermenți care participă la metabolismul aminoacizilor, acizilor grași nesaturați, colesterolului. S-a stabilit că vitamina B₆ intensifică funcția de secreție și acțiunea preparatelor diuretice, preîntâmpinând formarea calculilor renali. Doza zilnică de vitamina B₆ pentru copii este de 0,4 – 2 mg.

Insuficiența vitamina B₆ se manifestă prin dereglări gastro-intestinale (greață, vomă), stagnarea creșterii, excitabilitate, convulsii, iritabilitate, somnolență, dermatită seboreică, stomatite, conjunctivite, anemie.

Surse de vitamina B₆ sunt: ficatul, drojdia, legumele, carnea, peștele, laptele, semințele de floarea-soarelui, gălbenușul de ou, nucile, boboasele, soia.

Vitamina B₉

Acidul folic reprezintă o parte componentă a complexului vitaminelor grupei B. Împreună cu vitamina B₁₂ participă la formarea elementelor figurate a sîngelui roșu, la reglarea metabolismului proteic, micșorează depunerile de grăsimi în perioada creșterii accelerate. Participă la formarea celulelor nervoase în perioada intrauterină și la prevenirea nașterilor premature.

Deficitul vitaminei B₉ se observă rar și se manifestă prin oboseală și diaree.

Excesul vitaminei B₉ poate provoca convulsii, vomă, meteorism.

Surse de vitamina B₉ sunt roșiile, boboasele, morcovul, conopida, spanacul, creerul, rinichii, ficatul, harbuzul, zămosul.

Vitamina B₁₂

Vitamina B₁₂ stimulează creșterea, acționează asupra hematopoiezei și maturizării eritrocitelor, normalizează funcția ficatului și a sistemului nervos.

Deficitul vitaminei B₁₂ conduce la apariția leucemiilor acute și cronice.

Simptomele insuficienței vitaminei B₁₂ sunt: dereglarea vederii, oboseală, contracții musculare, apariția pe limbă a ulcerățiilor, dereglarea memoriei, iritabilitate.

Surse de vitamina B₁₂ sunt: laptele și produsele lactate, carnea, ouăle, cașcavalul, rinichii, ficatul, drojdiile, scrumbia, soia.

Vitamina C

Vitamina C este una dintre cele mai importante vitamine din rația alimentară. Ea reprezintă un antioxidant necesar pentru creșterea și formarea țesuturilor organismului. Acidul ascorbic activează un număr mare de fermenți, participă la asimilarea fierului, la formarea hemoglobinei și maturizarea eritrocitelor, de asemenea stimulează formarea colagenului și sinteza unor proteine, deficitul cărora provoacă scăderea elasticității și permeabilității vaselor sangvine în rezultatul căreia apar multiple hemoragii și sîngerări ale gingiilor.

Insuficiența vitaminei C se manifestă prin sîngerarea gingiilor, dureri articulare, căderea dinților, hemoragii în mușchi și articulații, cianoza buzelor, nasului, urechiilor și unghiilor, dureri în oase, oboseală, paliditatea tegumentelor, scăderea temperaturii corporale.

Surse de vitamina C sunt: mărarul, ceapa, pătrunjelul, varza, citricele, măcieșul etc.

Vitamina D

Vitamina D participă la metabolismul calciului și a fosforului, activînd absorbția calciului din tractul gastrointestinal și depunerea lui în oase. Stimulează metabolismul acidului fosforic, care deține un rol important în activitatea sistemului nervos. În afară de aceasta vitamina D acționează asupra funcției glandei tiroide.

Insuficiența vitaminei D conduce la apariția rahitismului și osteoporozei la adulți. Deficit neînsemnat al vitaminei se caracterizează prin micșorarea poftei de mîncare, senzație de arsură în cavitatea bucală, insomnie, dereglarea vederii și scădere ponderală.

Surse de vitamina D sunt: ficatul peștilor de mare, gălbenușul de ou, laptele, untul, icrele de pește, drojdiile.

Vitamina E

Vitamina E îmbunătățește circulația sangvină, este necesară pentru decurgerea normală a gravidității și alăptării eficiente la sîn. Participă la procesele de coagulare a sîngelui și la cicatrizarea rapidă a plăgilor, reprezintă un antioxidant fiziologic și are rol în profilaxia îmbătrînirii timpurii.

Deficitul de vitamina E se manifestă la femei prin avorturi spontane.

Surse de vitamina E sunt: uleiurile vegetale, semințele de floarea-soarelui, măcieșul, gălbenușul de ou, boboasele, nucile, soia, grîul și ovăzul.

Vitamina F

Deficitul vitaminei F se manifestă prin semnele aterosclerozei, formarea de trombi, reținere în creștere, scăderea vederii, somnolență și sete.

Surse de vitamina F : uleiurile vegetale, semințele de floarea-soarelui, semințele de in, uleiurile de măsline și in.

Vitamina H

Hipovitaminoza H apare în cazul folosirii în alimentație a ouălelor crude, care conțin avidina - o substanță ce nu permite absorbția vitaminei H.

Deficitul se manifestă prin dermatită seboreică, anemie, depresie, căderea părului, creșterea nivelului de zahăr în sânge, paliditatea tegumentelor, insomnie, scăderea poftei de mâncare, greață, inflamația limbii.

Surse de vitamina H: gălbenușul de ou, ficatul, rinichii, drojdiile, boboasele, legumele proaspete, porumbul și soia.

Vitamina K

Vitamina K are proprietatea de a mări coagularea sîngelui, are rol în formarea și creșterea oaselor, previne apariția osteoporozei. Deasemenea favorizează cicatrizarea rapidă a plăgilor, avînd acțiune antibacteriană și analgezică.

Deficitul vitaminei K conduce la apariția maladiilor sistemului digestiv (enterite cronice, enterocolite), deasemenea provoacă afectarea sistemului hepatobiliar (hepatite, ciroză, colecistită).

Surse de vitamina K sunt : frunzele verzi de salată, spanacul, varza, conopida, morcovul, roșiile, bostanul, secara, ovăzul, grîul, soia, ceaiul verde.

DIABETUL ZAHARAT (DZ)

Diabetul zaharat este o maladie cronică endocrino-metabolică cu afectarea pancreasului, cauzată de insuficiența absolută sau relativă a insulinei în sânge cu producerea lezării aparatului insular și cu modificarea în continuare nu numai a metabolismului glucidic dar și a celui protidic, lipidic și mineral.

Morbiditatea prin diabet zaharat constituie de la 9-24 persoane la 100.000 populație, la copii 4 cazuri la 100.000 populație, vârful incidenței este între 12-13 ani (1 la 500) și excepțional la copiii sub un an. Incidența cea mai mare se citează în țările din nordul Europei în deosebi Finlanda cu 42,9/100000 populație. Deasemenea incidența înaltă se înregistrează în SUA, Belgia, Franța. Printre populația infantilă circa 5-10% suferă de diabet zaharat. Aproape toți pacienții pediatrici fac DZ tip I.

În Republica Moldova incidența DZ este una din cele mai mici din Europa, aici sînt înregistrați 45.000 bolnavi de diabet zaharat, numărul lor sporind permanent. Actualmente în republică se realizează Programul Național de combatere a DZ.

Studiile din ultimii 10 ani evidențiază că DZ deține I loc printre toate maladiile endocrine, fiind o problemă medico-socială de mare actualitate în întreaga lume, ce necesită numeroase spitalizări, bolnavii avînd o durată de supraviețuire mică din cauza evoluției progresive rapide și a dezvoltării complicațiilor severe. DZ nu are un tratament definitiv ci doar unul de susținere.

Strategiile Programului Național de combatere a DZ constă în micșorarea morbidității prin promovarea modului sănătos de viață, minimalizarea acțiunii factorilor etiologici și favorizanți asupra copilului, profilaxia diferitor infecții etc. Stările prediabetice trebuie depistate timpuriu și tratate pentru a preveni diabetul manifest.

Clasificarea (OMS)

Deosebim următoarele forme clinice:

1. Diabet zaharat insulino-dependent (DID), tip I.(constituie 12-15%)
2. Diabet zaharat noninsulino-dependent, tip II
3. Diabet zaharat în gestație

4. Diabet zaharat în maladii ereditare, (obezitate, etc)
5. Diabet zaharat neonatal
6. Diabet zaharat asociat malnutriției
7. Diabet zaharat insulino-rezistent
8. Diabet zaharat indus de unele distrucții pancreatice (talasemii, fibroză chistică etc)

După evoluție

1. Diabet zaharat ascuns (perioada intoleranței la glucoză).
2. Diabet zaharat manifest (perioada evidentă).

Etiopatogeneza

Etiologia DZ pînă la momentul actual nu este încă pe deplin definitivată. Majoritatea savanților totuși indică, că apariția DID se datorește distrucției aproape complete ale celulelor β -pancreatice din insulele Langerhans, care au la bază **procese autoimune** de distrucție progresivă, fiind induse de **predispoziții genetice** și a unor **factori de mediu**.

1. Argumentele care pledează pentru etiologia autoimună sunt:

În momentul depistării diabetului la copii, în insulele Langerhans au fost identificate celule monocitare, caracteristice unei boli autoimune. La 70-90% din pacienții noi diagnosticați au fost depistate anomalii ale imunității umorale în baza apariției anticorpilor anticelulă B-pancreatică.

2. Factorul genetic.

Au fost determinate mutații în structura cromosomului VI, ce au inițiat dereglări în structura membranelor β -celulelor ale aparatului insular al pancreasului. S-a constatat că dacă suferă de DZ ambii părinți, riscul de îmbolnăvire a copilului atinge 100%, iar dacă este bolnav un părinte-50%.

3. Rolul factorilor de mediu.

Presupune intervenția unor factori din mediul înconjurător:

- Diferiți agenți infecțioși: virusul Cocksackie B, urlian, rubeolic, gripal, varicelozosterian, citomegalovirus, virusul hepatitei virale etc.
- Factorul psihoemoțional, stresurile sau alte traume psihice.
- Pancreatitele acute.
- Dereglări hormonale în diferite perioade de vîrstă (de ex. activitatea sportivă a glucocorticoizilor, adrenalinei, noradrenalinei, a hormonului somatotrop și tireoidian, care au acțiune antiinsulară).
- Colagenozele, în cadrul cărora se formează anticorpi antiinsulari.

S-a dovedit predominanța sezonieră îndeosebi primăvara și iarna, ce coincide cu incidența maximă a afecțiunilor virale.

Mecanismul care declanșează procesul de distrucție autoimună a celulelor β -pancreatice este încă incomplet cunoscut, dar pare a avea următoarele secvențe:

Sub influența factorilor de mediu la copiii cu predispoziție genetică se modifică structura proteinelor din celulele β -pancreatice astfel încît acestea pot deveni antigenice. În consecință se produc împotriva lor anticorpi capabili să distrugă progresiv celulele β -pancreatice secretorii de insulină.

Însulina este hormon anabolic major al organismului, care asigură trecerea prin membrana celulară a glucozei, aminoacizilor, sărurilor de calciu, calciu etc.

Deficitul de insulină face incapabilă utilizarea periferică a glucozei și induce apariția **hiperglicemiei** (mai mare de 8,8 mmoli/l).

Hiperglicemia la rîndul său determină pierderea glucozei cu urina (**glicozuria**) ce antrenează poliurie cu pierderea de sodiu, potasiu, clor, apă și cu apariția **sindromului de deshidratare hipertonică** (clinic se manifestă prin sete pronunțată-*polidipsie*).

Deoarece se dereglează transformarea glucozei în grăsimi, din depozite se mobilizează lipidele (copiii pierd în greutate), adică se intensifică lipoliza cu eliberarea în exces a acizilor grași liberi. Astfel se dereglează utilizarea lor ce condiționează apariția **hipercetonemiei-cetonuriei**, concomitent cu scăderea ph-ului sangvin și apariția **acidozei metabolice** (miros de acetonă din căile respiratorii, sudorație la fel cu miros de acetonă).

Deficitul de insulină sporește cantitatea de colesterină ce conduce la ateroscleroză. Aceasta influențează la apariția angiopatiei diabetice cu complicații vasculare ale ochilor, rinichilor, inimii, ficatului etc. Deoarece cu urina se pierde o cantitate mare de electroliți, calciu, azot, caliu, amoniac, fosfor, magneziu în organism se instalează **stări comatoase**.

Tabloul clinic

Manifestările clinice apar atunci cînd se distrug peste 80-90% din celulele aparatului insular al pancreasului și diferă de la un caz la altul.

Simptomele inițiale ale DID sunt:

- *Polidipsia*, deseori nocturnă(Copiii beau pînă la 3-4l de lichide/zi);
- *Polifagia*-apetit exagerat, fiind cauzat de necesitățile crescute de energie;
- *Poliurie/nicturie* (cantitatea de urină depășește 3-5 l/zi);
- Semne de deshidratare a organismului: tegumente uscate, limba de culoare roșie-aprinsă, fisuri la buze, scădere ponderală în scurt timp pînă la 5-10 kg;
- Maladii purulente din partea tegumentelor și mucoaselor (stomatite, paradontite, piodermii, vulvovaginite, uretrite, furunculoze, prurit cutanat);
- Dereglări din partea sistemului nervos central (cefalee, astenie, iritabilitate, insomnie, anxietate, scăderea memoriei);
- Dereglări din partea sistemului nervos periferic-crampe în membrele inferioare, tremurături, convulsii;
- Apare faciesul diabetic (rubeosa diabetica)-culoarea roșie deschisă a feței cu teleangiectazii ale obrazilor;
- Manifestări din partea sistemului cardiovascular: miocardite, endocardite;
- La nou-născuții diabetici scutecele sunt permanent ude, după ce se usucă rămîn urme de zahăr uscat. Nou-născutul nu adaugă în greutate, sunt apatici, tegumentele foarte uscate.

În absența terapiei specifice starea copiilor se agravează: faciesul devine palid, încercănat, apar grețuri, vărsături, dureri abdominale asemenea abdomenului acut. Respirația devine frecventă, profundă, cu halenă acetonemică (miros de mere putrede), stare de letargie pînă la comă cetoacidozică.

Modalitățile de debut ale DZ

Se recunosc 3 tipuri de debut: clasic, rapid și lent.

Tipul „*clasic*” – se întîlnește la ~90% din cazuri, îndeosebi la copiii de o vîrstă mai mare. Simptomele bolii se instalează progresiv sau în cîteva săptămîni sau cîteva zile, fiind declanșate de un stres psihic sau infecțios.

Tipul „*rapid*” cu instalarea comei acidocetozice în 24-36 ore. Această modalitate de debut se înregistrează la 4-6% din cazuri la școlarii mici, preșcolari și sugari.

Tipul „*lent*” (25-45 zile) se întâlnește în 6% cazuri. Se descoperă întâmplător în timpul unor examene de rutină, bilanț școlar, în caz de infecții cutanate repetate, candidoză vaginală sau bucală.

Perioada de remisiune

Adesea este parțială, deoarece insulinoterapia nu se întrerupe, ci doar se mențin doze mici de insulină. Remisiunea parțială se definește prin următoarele 4 criterii:

- absența semnelor clinice;
- necesar zilnic de insulină mai mic de 0,5UI/kg;
- absența glicozuriei;
- durata mai mare de 4 săptămâni a celor 3 semne de mai sus.

Remisie totală se consideră atunci când glicemia a jeune rămâne mai mică de 7,8 mmoli/l iar glicemia postprandială este mai mică de 11 mmoli/l. Remisia totală a fost obținută aproximativ la 3% de copii diabetici.

Diagnosticul de laborator

Se bazează pe determinarea următorilor indici:

- Glicozuria, care poate avea valori variabile de la mici, determinate întâmplător, sau valori mari, însoțite și de cetonurie, caracteristic pentru DZ. Se apreciază profilul glicozuric: în decurs de 24 ore se recoltează câteva probe de urină, la anumite intervale de timp:
 1. 9⁰⁰ – 14⁰⁰
 2. 14⁰⁰ – 19⁰⁰
 3. 19⁰⁰ – 23⁰⁰
 4. 23⁰⁰ – 6⁰⁰
 5. 6⁰⁰ – 9⁰⁰

În fiecare probă se determină zahărul, corpii cetonici, acetona. Proba dată permite dozarea exactă a insulinei pe parcursul zilei.

- Aprecierea corpiilor cetonici, acetonei în sânge:
Nr.de corpi cetonici 2,04 – 86,0 mmol/l, acetona – 344-860 mmoli/l.
- Glicemia: a jeune – mai mare de 7,7 mmoli/l sau sporirea glicemiei sîngelui capilar în urma testului glucozotolerant mai mult de 11,1 mmoli/l. (Glicemia în normă are limitele între 3,5-6,5mmoli/l).
- Densitatea urinei atinge 1030.
- Micșorarea RH – sangvin pînă la 7,3 (acidoză metabolică).
- Crește colesterolina (norma-3,7-6,5 mmoli/l), lipoproteinele, acidul lactic.
- Dereglarea cantității electroliților în serul sangvin.
- Determinarea anticorpilor antiinsulari.

Tratamentul

Tratamentul DZ este continuu pe parcursul întregii vieți și are drept obiectiv principal menținerea unui echilibru permanent glicemic pentru a preveni complicațiile și pentru a asigura o dezvoltare staturoponderală și intelectuală normală.

Tratamentul asociază următoarele elemente:

- insulinoterapia zilnică;
- regim dietetic;
- exerciții fizice;
- supravegherea/autocontrolul permanent.

Insulinoterapia vizează înlăturarea hiperglicemiei, glicozuriei și atingerea nivelului hormonal fiziologic pe parcursul a 24 de ore. Necesarul de insulină este de 0,3-0,7 UI/kg/zi. Se va ține cont că 1 UI micșorează glicemia cu 2,2 mmoli/l (asigură asimilarea a 5grame de glucoză). Administrarea insulinei se face subcutan cu seringi insulinice sau cu ajutorul unui pen (stilou injector). Locurile de administrare a insulinei s/c: în peretele abdomenului, subscapular, suprafața antero-laterală a coapsei, treimea superioară a brațelor, fese. Locul injectării se schimbă permanent în scopul profilaxiei lipodistrofiei. Preparatele de insulină cu administrare orală au dezavantaje deoarece resorbția lor este scăzută.

Preparatele de insulină se împart în 3 categorii: rapide, intermediare și lente.

- **Insulina Rapidă** (actrapid, humulin R etc.) prezintă soluții limpezi care se administrează I/V, I/M, S/C. Durata de acțiune este de 6-7 ore.
- **Insulina cu acțiune intermediară** (insulatard, humulin N etc.). Prolungirea perioadei de acțiune a insulinei se bazează pe întârzierea absorbției de la locul de injectare produsă prin adăugarea unor proteine bazice care fixează insulina sau prin adăugarea zincului.
- **Insulina cu acțiune lentă** își începe acțiunea la 2-3 ore după injectare, durata de acțiune – 20-24 ore. La copii nu se utilizează deoarece nu permit obținerea unui control eficient al glicozemiei.

În ultimii ani firmele producătoare de insulină au lansat pe piață insuline premixate ce conțin un amestec de insulină cu acțiune rapidă și intermediară la un raport de 10/30% - 50/50%.

Preparatele insulinice se fabrică în concentrații de 40 UI/ml și 100 UI/ml.

La stabilirea regimului insulinic se va ține cont de vârsta copilului, profilul glicemiei, de programul școlar, de nivelul intelectual al familiei și posibilitățile de efectuare a autocontrolului.

Schema cu 3 injecții de insulină pe zi presupune 2 prize de insulină cu acțiune rapidă la orele 7.00 și 13.00 și o priză cu insulină cu acțiune intermediară la ora 19.00. Doza de seară nu va depăși 4-5UI în scopul prevenirii hipoglicemiei.

Tratamentul în diabetul zaharat include și fermentoterapia, vitaminoterapia, preparatele lipotrofice.

Alimentația. Are ca obiectiv menținerea glicemiei cât mai aproape de limitele fiziologice. Copiii diabetici sunt pacienți cu activitate fizică impredictibilă, cu capricii alimentare frecvente, cu sensibilitate „psihică” mare la restricții prea severe, de aceea dieta la acești pacienți trebuie să se corespundă complet cu alimentația copilului normal.

Se vor reduce glucidele cu absorbție rapidă ca zahărul, bomboanele, ciocolata, gemul, care vor fi binevenite în cazul hipoglicemiei. În schimb se mărește aportul de glucide „naturale” din fructe, legume, cereale. Se limitează aportul lipidic la rația recomandată și se evită excesul de sare. Recomandări referitoare la aportul de glucide sunt acelea de a evita glucidele simple în favoarea glucidelor complexe. În continuare sunt prezentate principalele categorii de alimente conform conținutului de glucide menționând pe cele interzise sau permise în mod limitat bolnavului diabetic.

1. Alimente cu conținut glucidic mare, <u>interzise</u> diabeticului	Cantitatea de glucide (%)
Zahăr	100%
Mierea, malț	80%
Biscuiți, prăjituri de cofetărie	75%
Smochine, stafide, curmale uscate, dulcețuri.	70%
Prune uscate, gem de prune, marmeladă	65%
2. Alimente cu conținut glucidic mediu, permise limitat diabeticului.	Cantitatea de glucide (%)
Pâine albă	50%
Cartofi, orez*, paste făinoase, fasole boabe, mazăre boabe*	20%
Fructele proaspete, sucurile de fructe	10-20%
3. Alimente permise diabeticului.	Glucide (%)
Morcovi, țelină, sfeclă, ceapă uscată, usturoi	10%
Legume verzi: roșii, salată, ardei, varză, vinete, praz	5%
Lapte și derivate	4%
Carne, pește și derivatele lor	2%

*În stare uscată aceste alimente conțin glucide între 70-90%.

Alimentele cu conținut glucidic mai mare de 50% trebuie evitate, cu excepția unor cantități mici de miere sau biscuiți permise pacienților bine echilibrați. Alimentele cu conținut glucidic între 10-50% vor fi permise în cantități limitate. Cele cu conținut glucidic sub 10% vor fi permise fără restricții.

Exerciții fizice. Sunt considerate astăzi ca fiind un element obligator al schemei terapeutice în DZ. Beneficiile exercițiilor fizice la pacienții diabetici sunt: scade glicemia în timpul și după exerciții prin ameliorarea sensibilității la insulină, scade concentrația bazală și postprandială de insulină, crește consumul de energie utilă pentru scăderea în greutate la copiii supraponderali, ameliorarea senzației de bine și confort.

Autocontrolul are o mare importanță pentru adaptarea dozelor de insulină și prevenirea accidentelor. Pentru a efectua autocontrolul se folosesc bandele reactive, care se citesc apoi cu ajutorul aparatelor electronice pentru a determina glicemia, glicozuria sau cetonuria. Controlul se face de părinți sau copii de 3 ori pe zi. Ulterior în funcție de nivelul glicemiei se va ajusta doza de insulină.

Supravegherea medicală se va face bilunar sau lunar cu analiza carnetului de însemnări. Medicul va urmări greutatea, talia, semnele de apariție a pubertății, va căuta focare de infecții sau lipodistrofii în locurile injectării insulinei. Deasemenea va evalua funcția renală, valorile TA. După o evoluție de 5 ani a DZ se va examina fundul de ochi, și o angiografie retiniană.

Complicații

1. Complicații metabolice

Cetoacidoza metabolică (CAM) se definește prin triada: hiperglicemie, cetoză și acidoză. Factorii favorizanți ai CAM sunt reprezentați de erori în administrarea insulinei – fie prin omisiune, fie prin neadaptarea dozelor în situațiile ce necesită creșterea sau suplimentarea acestora. La cazurile nou-diagnosticate de DID factorul principal al CAM îl reprezintă deficitul absolut de insulină. La această categorie de pacienți, CAM este „inaugurală”, fiind și în prezent, din păcate, o modalitate frecventă de debut.

Tabloul clinic este variabil de la caz la caz, variază de la starea de precomă pînă la coma profundă. Starea de conștiență se calculează după scorul Glasgow:

Funcția explorată	Scorul
<i>Deschiderea ochilor:</i>	
- spontană	4
- la cerere	3
- la durere	2
- lipsa răspunsului	1
<i>Răspunsul motor:</i>	
- răspuns la cerere	6
- după stimuli dureroși localizabili	5
- retracție în flexie, adaptată	4
- flexie rigidă (de decorticare)	3
- extensie rigidă (de decerebrare)	2
- lipsa răspunsului	1
<i>Răspuns verbal:</i>	
- conversație, bine orientat	5
- conversație, dezorientat	4
- cuvinte fără sens	3
- sunete inteligibile	2
- lipsa răspunsului	1

Scala merge de la 15 (conștiență completă) la scorul 3 („comă profundă”)

Numai 10% din CAM evoluează cu alterarea stării de conștiență. Pronosticul acestora este totdeauna mai sever, mortalitatea lor fiind net mai mare decît cea înregistrată la pacienții internați în „coma vigiilă” – conștiență completă.

Bolnavul prezintă semne de deshidratare, este astenic, hipoton. Pe acest fundal, contrastează respirația acidotică, amplă și cu frecvența relativ joasă. Mirosul de acetonă al expirului este un semn diagnostic de foarte mare valoare. Semne digestive - grețuri, vărsături și dureri abdominale, care pot mima un abdomen acut. Manifestări neuropsihice - somnolență, dezorientare și comă.

Diagnosticul de laborator se bazează pe evidențierea glicozuriei cu cetonurie, hiperglicemie >250 mg/dl, cetonemie crescută, acidoză, tulburări de electrolitice.

Tratamentul presupune:

- corectarea hiperglicemiei – prin insulinoterapie (1,0 UI/kg/zi) și aport lichidian;
- refacerea deficitului hidroelectrolitic, corectarea acidozei metabolice – prin insulinoterapie, aport lichidian adecvat ± administrare de NaHCO₃;
- tratamentul focarelor de infecție – antibioterapie;
- prevenirea complicațiilor CAM (edemul cerebral fiind cel mai de temut) – prin introducerea în lichidele de perfuzie a soluțiilor glucozate și evitarea unei corecții brutale a deficitului hidric, evitarea utilizării de rutină a bicarbonatului și adausul de KCl.

Hipoglicemia, poate îmbrăca 3 aspecte clinice evolutive:

- *ușoară*, manifestată prin foame, transpirații, paloare, cefalee, ce se remite prin administrarea de sucuri sau limonade dulci;
- *medie*: amețeli, stare confuzională, tulburări de mers (mers nesigur), tulburări de vorbire, tulburări de comportament (plîns fără motiv), stare de agitație, leșin.
- *severă*: caracterizată prin convulsii, hipoglicemie, și comă hipoglicemică.

Tratamentul ultimelor două constă în administrare de glucoză 30 % i/v. Sau glucagon 0,5 mg i/m, s/c, repetînd doza după 15 min.

2. Complicații legate de insulinoterapie

Alergia la insulină se caracterizează printr-un ușor edem localizat la locul de injecție.

Lipodistrofia, apare după cîteva săptămîni, luni, ani de tratament, secundar administrării insulinei în același loc, la care se adaugă impuritățile din insulinele monocomponente. Pot evolua sub 2 forme: atrofică sau hipertrofică. Forma hipertrofică se caracterizează prin tumefacția zonei în care se practică injecțiile de insulină. Forma atrofică urmează în evoluție forma hipertrofică și apare ca o zonă deprimată a țesutului adipos la locul de injecție.

3. Complicații cronice-degenerative

Macroangiopatia diabetică: apare după vîrsta de 40 ani, fiind legată clinic și patogenetic de arteroscleroza vaselor mari, ce apare și la nediabetici. Cuprinde: cardiopatia ischemică, cardiomiopatia diabetică, miocardita, arteriopatia diabetică.

Microangiopatia diabetică, atingerea vaselor mici – arteriole, capilare. Se realizează prin spasm, edem și obliterare localizată. Cuprinde: retinopatia diabetică, nefropatia diabetică și neuropatia diabetică.

4. Complicații infecțioase:

Cel mai frecvent în DID sunt pielonefrita și infecțiile cutanate.

Pronostic

Pronosticul DID este umbrat de riscul instalării complicațiilor cronice.

Prevenirea complicațiilor cronice constituie astăzi scopul principal al diabetologiei pediatrice. Se știe astăzi că peste 70% din diabeticii cu o durată de evoluție a DID de peste 30 ani sunt „atinși” de microangiopatie. La copii la care debutul DID s-a produs înainte de vîrsta de 12 ani, riscul handicapului vizual înainte de vîrsta de 40 ani și riscul afectării renale înainte de 50 ani sunt preponderente.

Singura metodă actuală de prevenire a complicațiilor cronice este obținerea și menținerea unui echilibru glicemic și metabolic cît mai bun.

PARATROFIA

Paratrofia prezintă o dereglare cronică de nutriție a sugarului caracterizată prin exces de greutate. Paratrofia ca dereglare cronică a nutriției se observă la 10-12% sugari;

Etiologia

- Obezitate familială;
- Aport excesiv de produse alimentare bogate în glucide, lipide, calorii;
- Cultul abuzurilor alimentare din familie;

Tablou clinic

- Masa corporală a sugarilor întrece limitele normei;
- Pliul țesutului subcutanat depășește 2 cm ia nivelul ombilicului;
- Copiii sunt apatici, pasivi, preferă jocurile neactive;
- Tegumentele sunt palide (anemie asociată frecventă), hiperhidratate (hiperproducția mineralocorticoizilor - aldosteron, care reține apa în organism);
- Sunt posibile semne de diateză exudativ-catarală și limfatico-hipoplastică;

- Funcția glucocorticoidă a suprarenalelor este diminuată, de aceea adaptarea în condiții de stres este scăzută;
- Este sporită morbiditatea prin maladii infecțioase respiratorii, gastrointestinale, nefrouinare etc.)
- Din cauza imunității micșorate, procesele patologice apărute la copil au tendința spre generalizare;
- Patologia acută a aparatului respirator progresează rapid, se complică cu laringite stenoizante, sindromul bronhoobstructiv;
- Datorită permeabilității sporite a barierei hemato-encefalice infecțiile acute deseori se complică cu stări toxice severe, ce conduc la deces;

Diagnosticul explorativ

- Analiza biochimică a sîngelui: hiperglicemie;
- Lipidograma: crește nivelul trigliceridelor, colesterolului seric;
- Se modifică profilul hormonal;
- Imunograma indică reducerea Ig A secretorii, Ig M serice, majorarea Ig G etc.;

Tratamentul

- Se va indica un regim dietetic hipocaloric;
- Nevoile nutritive vor fi asigurate cu proteine (50% din necesitățile calorice), grăsimi (40%), glucide nu mai mult de 10%;
- Zilnic se vor efectua exerciții fizice, masaj, plimbări la aer curat;
- Se vor face modificări în alimentația întregii familii;

Supraveghere medicală în policlinică

- Controlul medicului de familie 1 dată în lună;
- Consultul neurologului, endocrinologului, altor specialiști la necesitate;
- Controlul curbei ponderale, a dezvoltării fizice, dezvoltării neuro-psihiice;
- Controlul hemoglobinei 1 dată în lună, profilul lipidic, glicemia;

Măsuri de recuperare

- Mod activ de viață, maximal la aer curat;
- Regimul alimentar adecvat hipocaloric va continua și după normalizarea datelor antropometrice;
- Masaj, exerciții de gimnastică, jocuri active;
- Tratamentul maladiilor concomitente și profilaxia maladiilor infecțioase;
- Vaccinarea conform calendarului de imunoprofilaxie;

Evoluție

- Evoluție favorabilă cu involuția semnelor paratrofiei în 1-3 ani;
- Evoluție în obezitatea copilului și ulterior a adultului.

Profilaxie

- Controlul sistematic al masei corporale;
- Gravida obeză în timpul sarcinii va menține o dietă bogată în fructe, legume, limitarea glucidelor ușor asimilabile;

- Promovarea alimentației naturale ale copilului cu diversificarea dietei după 6 luni cu legume, fructe, carne;
- Restricții dietetice pentru produsele făinoase (pâine, biscuiți, terci);
- Promovarea modului activ de viață cu aflare maximă la aer liber cu participarea părinților, profilaxia sedentarismului (televizor, jocuri inactive);

OBEZITATEA

Obezitatea se definește ca o acumulare în exces de țesut adipos.

Supraponderalitatea spre deosebire de obezitate reprezintă creșterea greutateii corpului pe seama masei musculare și nu a acumulării în exces de lipide. Prevalența în lume a copiilor cu obezitate este de până la 10%;

Obezitatea are o incidență din ce în ce mai sporită în țările cu standard socio-economic ridicat. Spre exemplu, prevalența obezității la copii este estimată între 7-43% în Canada, 25 % în SUA, 7,3% în Anglia. Prevalența obezității la adolescenți constituie 15-30%.

Studiile au demonstrat că obezitatea în copilărie se reflectă în obezitatea adultului într-o proporție de 10-30 % din cazuri. Probabilitatea ca un copil obez să devină un adult obez este cu atât mai mică cu cât intervalul de timp dintre debutul obezității și vârsta adultă este mai mare, dar crește în cazul debutului la adolescență și existența unui pattern familial de obezitate.

Etiologie

Cauzele obezității sunt multiple:

- Aport exogen excesiv (hidrocarbonate, grăsimi) și prelungit de hrană;
- Obiceiuri ale familiei cu diete hipercalorice;
- Superprotejarea copilului manifestată prin supraalimentația acestuia;
- Perturbarea mecanismelor fiziologice de reglare a aportului alimentar;
- Reducerea activității fizice manifestată prin sedentarism;
- Bulemia ca răspuns la stresuri, situații de conflict etc;
- Vârsta critică pentru obezitate este vârsta de sugar și preadolescența;
- Factorul genetic, care determină 25-80% cazuri de obezitate. Copiii care provin din familii în care unul sau ambii părinți sunt obezi au probabilitatea sporită de a fi la rândul lor obezi (40%- dacă un singur părinte este obez, 80% - dacă ambii părinți sunt obezi);
- Factori endocrini ca diabetul zaharat, hiperadrenocorticism Cushing, adenom insular Langerhans, hipogonadism masculin;
- Factori neurologici ca leziuni corticale, frontale, hipotalamice;
- Factori mixti: genetici și de mediu cu tulburarea metabolismului adipocitelor;
- Factori socio-economici;
- Imobilizare prelungită a copilului;
- Sexul feminin are o predispoziție mai mare la obezitate;

Patogenie

- Obezitatea rezultă din creșterea numărului și mărimii adipocitelor, care se multiplică în special în perioada gestațională și în primul an de viață. Creșterea numărului de

adipocite se mențin pînă la pubertate și apoi mărimea lor descrește însă nu și numărul lor.

- În urma utilizării cantităților mari de hrană crește nivelul seric de insulină, care la rîndul său influențează negativ utilizarea acizilor grași liberi. Astfel scade lipoliza și crește lipogeneza.
- Majorarea sintezei neuropeptidului Y – neuromodulator de origine hipotalamică conduce la stimularea poftei de mîncare. Sub influența neuropeptidului Y are loc hiperproducția cortizonului, care inhibă activitatea leptinei, reglatoare a depourilor de țesut adipos;
- Reducerea leptinei induce secreția mediatorilor care stimulează pofta de mîncare;

Tablou clinic

Semnele obezității pot fi evidente la orice vîrstă. Cel mai frecvent ele apar în primul an de viață, la 5-6 ani și în perioada de adolescență. Foarte frecvent copilul cu obezitate are deja greutatea supraponderală la naștere.

În dependență de indicele raportului greutate /talie se deosebesc 4 grade de obezitate:

- obezitate gradul I (25-29,5);
- obezitate gradul II (30-39,5);
- obezitate gradul III (>40);

Tabloul clinic în obezitate cuprinde următoarele manifestări:

- Majorarea țesutului adipos, localizat de obicei simetric pe tot corpul;
- Faciesul rotund cu gîtul scurt;
- Abdomenul este destins uneori cu struiri albe sau purpurice;
- Țesutul adipos bine dezvoltat la băieți în regiunea sînilor poate simula o adevărată dezvoltare a glandelor mamare (*ginecomastia*);
- Depuneri accentuate de grăsimi pe coapse și fese la fete în deosebi la adolescente ;
- Iritații tegumentare în regiunile plicilor fiziologice (hipertranspirații, fricțiuni);
- Scheletul este adesea lățit și masiv;
- Greutatea sporită explică apariția picioarelor în X, piciorului plat sau valg cu tulburări corespunzătoare: dureri în articulații, mers legănat etc;
- Organele genitale la băieți par foarte mici, fiind parțial ascunse de paniculul adipos în regiunea pubiană;
- Tegumente uscate cu acnee, piodermite, intertrigo fesier etc;
- Oboseală, tahipnee la efort fizic moderat, tahicardie, tulburări de adaptare a sistemului cardiovascular;
- Aspectul exterior al copiilor obezi declanșează la ei sentimente de inferioritate, autoaprecieri negative, anxietate, stări depresive, frustrări, autoizolare, sentimente comportamentale antisociale, agresivitate, infantilism al relațiilor sociale, familiale;
- Deseori capacitățile intelectuale sunt reduse cu rezultate școlare modeste;

Complicații

Sunt posibile complicații din partea sistemului cardio-vascular ca hipertensiunea arterială, ateroscleroza, hipertrofia cardiacă, moartea subită. La copiii obezi frecvent se dezvoltă diabetul zaharat, colelitiaza, steatoza hepatică, astmul bronșic. La fete sunt caracteristice cicluri menstruale neregulate, se poate dezvolta sindromul polichistic ovarian. De asemenea afecțiunile ortopedice, posibile la copiii obezi, limitează capacitățile funcționale locomotorii ale copilului.

Diagnostic explorativ

- Hemograma va confirma anemie în deosebi la adolescente;
- La analiza biochimică a sîngelui se constată majorarea lipidelor și lipoproteinelor serice, hipercolesterolemie, majorarea trigliceridelor, hiperglicemie;
- Analiza urinei va confirma glucozurie, cetonemie, cetonurie;
- *Spirografia va indica* tulburări respiratorii restrictive;
- *Electrocardiografia confirmă* dereglările cardiocirculatorii;

Tratament

Regim dietetic

- Modificarea comportamentului alimentar:
 - Alimentele vor fi consumate la ore fixe, în încăperi speciale, împreună cu alți membri ai familiei;
 - Porțiile alimentare vor fi mici;
 - Durata mesei va fi de circa 20 minute;
 - Copilul nu va mânca repede și nu va primi porție suplimentară;
 - Gustările dintre mese vor fi treptat eliminate;
 - Vor fi interzise alte activități în timpul mesei (TV, radio, lectura);
 - Se va urmări educarea autocontrolului copilului în ceea ce privește alegerea hranei;
- Reducerea aportului caloric:
 - micșorarea cantității de lipide din rația alimentară;
 - aport energetic pentru sugarul sub 6 luni - 90-110 kcal/kg/zi, pentru copilul între 6-12 luni – este de aproximativ 80 kcal/kg/zi, pentru preșcolar și școlar 60 kcal/kg/zi (proteine -20%, glucide - 40%, lipide - 40%), pentru adolescent va constitui 850-1000 kcal/kg/zi doar în perioada de slăbire (minimum 1 lună) apoi necesarul nutritiv de bază trebuie să fie de 1100-1300 kcal/kg/zi; Dieta trebuie suplimentată cu vitamine și minerale la fel ca și pentru copilul normal.
- Caracteristica cantitativă și calitativă a alimentelor:
 - zilnic se recomandă alimente bogate în proteine, vitamine, apă;
 - fără restricții se consumă produse vegetale cu conținut de glucide < 5g;
 - Din rația alimentară se micșorează laptele, cerealele, făinoasele, fructele bogate în glucide ;

Regimul activităților fizice

- Exercițiile zilnice, jocurile sportive, mersul pe jos, plimbările zilnice, urcatul pe scări, jocurile fizice cu copii vor intensifica consumul de energie și vor spori reducerea masei corporale;

Sprijinul psihologic

- Convingerea copilului despre reușita curei de slăbire, ce ține de autocontrolul alimentar, exercițiile fizice etc;
- Educația familiei în probleme de sănătate, alimentarea copilului obez;
- Colaborarea cu psihologul (în special pentru adolescenți) pentru întărirea motivației psihologice pentru slăbire;

Tratament medicamentos

- medicație anorexigenă periferică:
 - celuloză, extract de alge, lactalbumină cu acid lactic, făină de roșcove;
- Reducerea activității fermenților digestivi (inhibarea secreției gastrice, inhibitori ai lipazelor intestinale, secreției pancreatice a insulinei) inhibarea sintezei hepatice a glucozei;

Medicație anorexiantă cu riscuri și efecte adverse: remedii hormonale (tiroidiene, gonadotropine) diuretice, laxative - nu este indicată;

Profilaxie

Profilaxia prenatală

- Identificarea părinților obezi, cu riscuri majore pentru obezitate;
- Controlul adausului ponderal lunar la gravide, alimentarea rațională în timpul sarcinii, evitarea produselor hipercalorice;

Profilaxia postnatală

- Promovarea alimentației naturale;
- Diluții corecte în alimentația artificială, utilizarea produselor lactate adaptate;
- Diversificarea alimentației la copiii cu risc sporit de obezitate se face cu alimente hipocalorice (legume, terciuri mai puțin consistente și în cantități limitate);
- Evitarea alimentelor cu conținut majorat de glucide (carbohidrați, glucoza) și evitarea supraalimentației (la dorința copilului sau prin impunere din partea adulților);
- Activitate fizică optimală, jocuri sportive, stimularea mișcărilor active la sugari cu evitarea înfășatului;

Pronostic

De obicei pronosticul obezității tratate dietetic eficient este favorabil. În cazul dezvoltării complicațiilor ca diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, hiperlipidemia familială pronosticul este nefavorabil.

Anexă



Planșa nr. 1 Omfalita catarală



Planșa nr. 2 Omfalită flegmonoasă



Planșa nr. 3 Omfalită necrotică



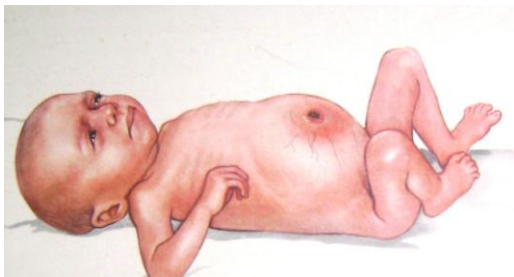
Planșa nr. 4 Veziculopustuloză



Planșa nr. 5 Pemfigus



Planșa nr. 6 Dermatită exfoliativă



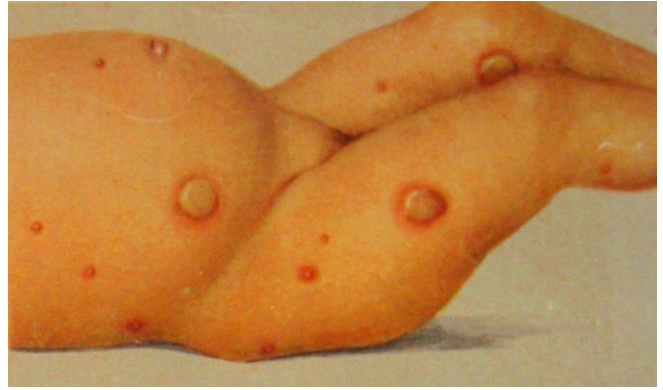
Planșa nr. 7 Copil cu septicemie



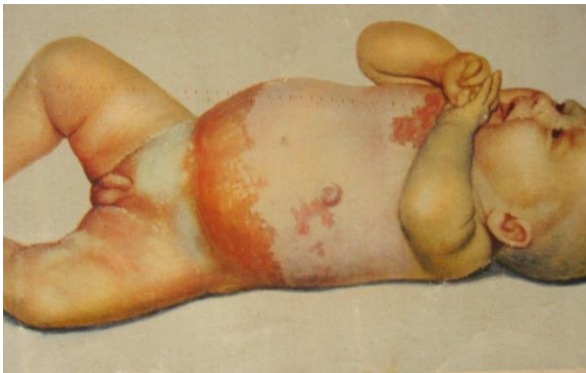
Planșa nr. 8 Veziculopustuloză



Planșa nr. 9 Abcese ale pielii



Planșa nr. 10 Pemfigus



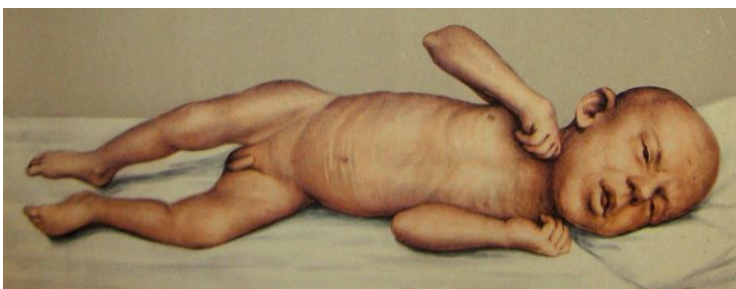
Planșa nr. 11 Dermatită exfoliativă



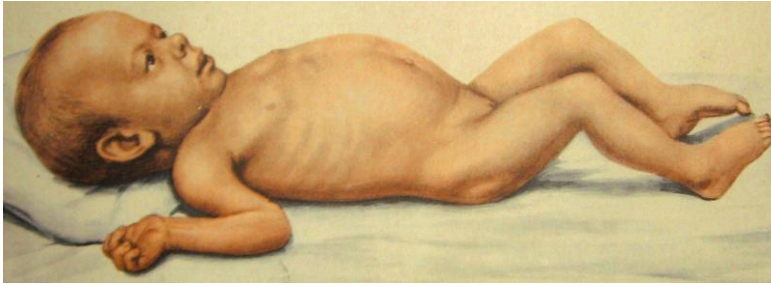
Planșa nr. 12 Boala hemolitică (forma edemică)



Planșa nr. 13 Copil cu malnutriție gradul I



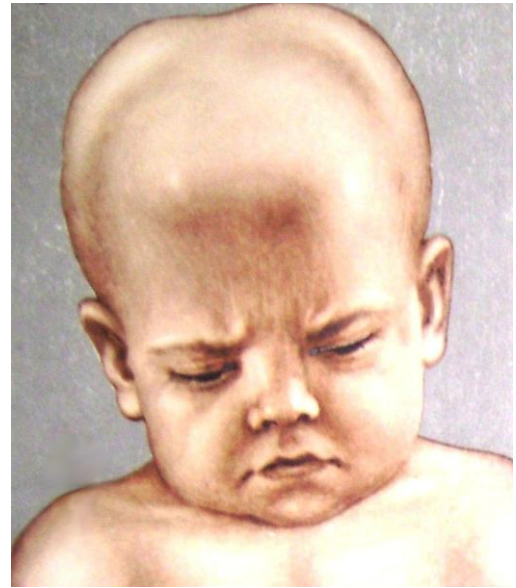
Planșa nr. 14 Copil cu malnutriție gradul II



Planșa nr. 15 Copil cu malnutriție gradul III



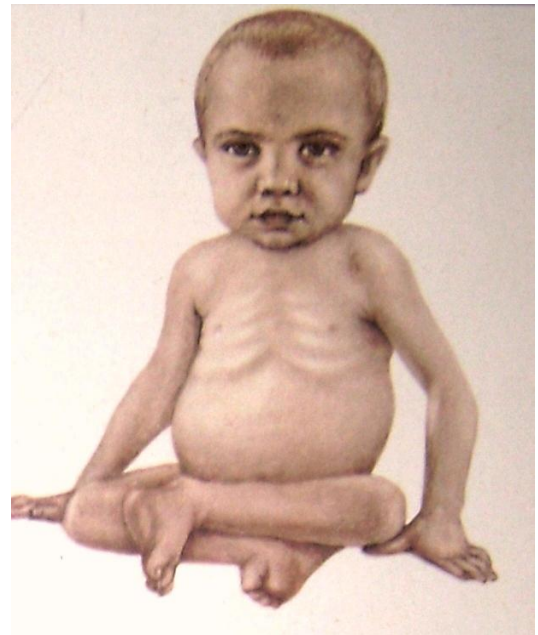
Planșa nr. 16 Rahitism. Alopeția cefei



Planșa nr. 17 Rahitism. Deformația craniului



Planșa nr. 18 Rahitism. Cifoză



Planșa nr. 19 Rahitism. Poză specifică



Planșa nr. 20 Rahitism. Poza cavaleristului



Planșa nr. 21 Membre în formă de "X"



Planșa nr. 22 Hiperemia obrazilor



Planșa nr. 23 Intertrigo



Planșa nr. 24 Dermatită atopică



Planșa nr. 27 Crustele de lapte



Planșa nr. 25 Limba geografică



Planșa nr. 28 Urticarie



Planșa nr. 29 Dermatită atopică



Planșa nr. 30 Seboree



Planșa nr. 31 Vasculită hemoragică



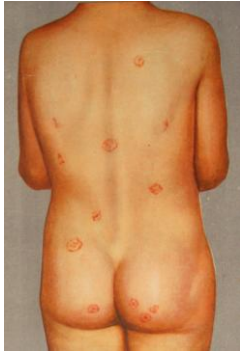
Planșa nr. 32 Vasculită hemoragică



Planșa nr. 33 Trombocitopenie



Planșa nr. 34 Hemofilie. Hemartroză



Planșa nr. 35 Erupții anulare în reumatism



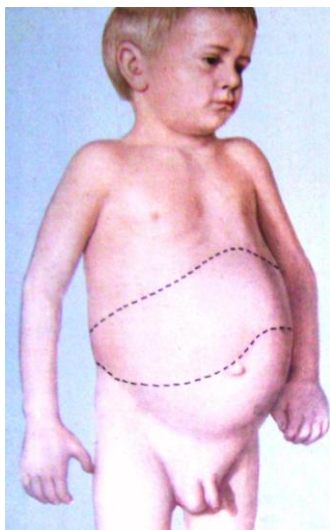
Planșa nr. 39 Leucemie. Limfadenopatie



Planșa nr. 36 Reumatism



Planșa nr. 37 Degete hipocratice



Planșa nr. 38 Leucemie. Hepatosplenomegali



Planșa nr. 39 Leucemie. Limfadenopatie



Planșa nr. 41 Stomatită micotică



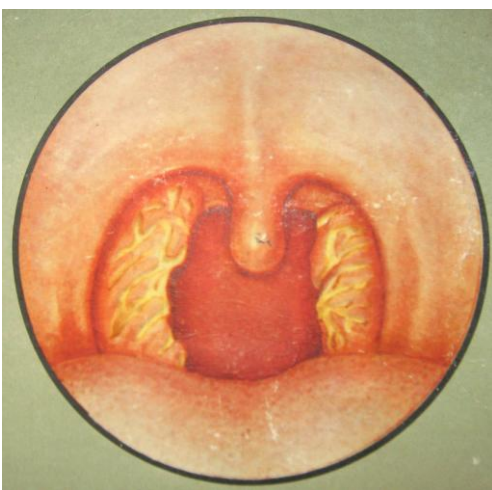
Planșa nr. 42 Stomatită ulceroasă



Planșa nr. 43 Stomatită aftoasă



Planșa nr. 44. Angină foliculară



Planșa nr. 45 Angină lacunară

BIBLIOGRAFIA

1. Șciuca S. *Esențialul în bolile nutriționale ale copilului*, Chișinău, 2007.
2. Botnaru V. *Boli cardiovasculare*, Chișinău, 2007.
3. Voloc A./ Țurea V. *Dezvoltarea copilului și conduita în maladiile nutriționale*, Chișinău, 2007.
4. Mișu I. / Pleșca V. *Gastroenterologie Pediatrică*, ghid practic, Chișinău, 2007.
5. Puiu I., Cojocaru A., *Intervenție timpurie pentru copilul cu dizabilități și risc sport*, partea I, Chișinău, 2007.
6. Puiu I. *Copilul cu dizabilități și risc sport*, ghid practic, Chișinău, 2007.
7. Rusu G., *Boli infecțioase la copii*, Chișinău, 2000.
8. Cucieru E., Cușnir R., Țurcan T., Badicico L. *Tehnici de îngrijire în pediatrie*, Chișinău, 2005.
9. Chiticari F., *Copilul, îngrijirea, alimentația, imunoprofilaxia*, Chișinău, 1994.
10. Geormăneanu N., *Terapia pediatrică*, București, 1990.
11. Murașcov V., *Îngrijirea copiilor bolnavi*, Chișinău, 1991.
12. Mazurin A., *Îngrijirea copiilor bolnavi*, Chișinău, 1993.
13. Trifan N., *Puericultură și pediatrie*, București, 1996.
14. Tanasanu I., *Pediatrie, vol. I și 2*, Chișinău, 1995.
15. Florin L., *Pediatrie, vol. 1 și 2*, București, 1998.
16. Rudi M., *Pediatrie, vol. I, II*, Chișinău, 2001.
17. Stasii E., *Alimentația copiilor sănătoși*, Chișinău, 1997.
18. Erencov V., *Неотложная помощь в педиатрии* Chișinău, 1998.
19. Stratulat P., *Ghid de neotologie*, Chișinău, 1998.
20. Stratulat P., *Ghid de îngrijire a nou-născutului și sugarului pentru medicul de familie*, Chișinău, 2000.
21. Managementul îngrijirii nou-născutului, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, USMF "N. Testemițanu", 2005.
22. Popescu V., *Algoritm diagnostic și terapeutic în pediatrie*, Ed. medicală "Amaltea", București, 1999.
23. Ciofu Eugen, Ciofu Carmen, *Esențialul în pediatrie*, Ed. medicală Amaltea, București, 2002.
24. Bembea Marius, *Genetica medicală și clinică*, Universitatea din Oradea, România, 2001.
25. Ranga V., *Tratat de anatomia omului*, Editura medicală, București, 1990.
26. Geormăneanu C., Geormăneanu M., *Introducere în genetica pediatrică*, Editura medicală, București, 1986.
27. Stephan I., Stephanie S., *Ghid clinic de pediatrie*, Editura ALL, 1998, pag. 771-726.
28. Rudi M., Erencov V., Guragata A., Șoitu M., *Enzimopatiile*, Recomandări metodice, Chișinău, 2001.
29. Moșin V., Strătilă M., Chimbovschi S., *Curs de instruire în sănătatea reproductivă*, UNFA, Chișinău, 2000.
30. Chiticari F., *Copilul, îngrijirea, alimentația, imunoprofilaxia*, Chișinău, 1994.
31. Geormăneanu N., *Terapia pediatrică*, București, 1990.
32. Iordăchescu F. *Pediatrie*, volumul I, II, București, Editura Națională, 1999.
33. Șciuca S. *Esențialul în bolile nutriționale ale copilului*, Chișinău, 2007.
34. Isaev L., *Детские болезни*, Медицина, 1986.
35. Nosov S. *Детские болезни*, Медицина, 1986.
36. Tutuleana V., Iaconia I., *Руководство по детскому питанию*, Москва, Медицина, 2004.
37. Ежов Н., *Вскармливание детей раннего возраста*, Минск, 2003.
38. Ежов Н., *Педиатрия*, Минск, 2004.
39. Запруднов А. *Детские болезни* Москва, Медицина, 2001
40. Севостьянова Н. *Сестринское дело в педиатрии*, часть I, II, Москва, 2002.

41. Conduita Integrată a Maladiilor la Copii,OMS, Departamentul Sănătății și Dezvoltării Copilului și a Adolescentului, UNICEF, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, octombrie2002.
42. Convenția ONU cu privire La Drepturile Copilului, UNICEF Moldova, Fundația SOROS Moldova, Organizația Salvați Copiii, 1989.
43. Copilul nostru, Ghid pentru părinți, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, UNICEF, 2004.
44. Îngrijirea și Dezvoltarea Timpurie a Copiilor în Moldova-studiu național, Guvernul RM-UNICEF, Chișinău 2003.
45. Tanasanu I., *Pediatrie, vol.1 și 2*, Chișinău, 1995.
46. Stasii E., Holban A., *Dezvoltarea copilului*, Chișinău, 2004
47. Instruirea continuă a asistentelor medicale de familie în teoria și practica îngrijirilor pentru dezvoltarea copilului mic. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, UNICEF, 2004.
48. Securitatea copilului UNICEF, Pas cu pas, Chișinău, 2004.
49. Ghidul copilului cu astm, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, UNICEF, 2004.