



STANDARDY MEDYCZNE

pediatria



pod patronatem



W numerze m.in.:

STANDARDY MEDYCZNE

- Zespół Gilberta – standard diagnostyczno-terapeutyczny

DONIESIENIA ZE ŚWIATA

- Nowe informacje na temat struktur związanych z tłuszczami mleka i ich roli w rozwoju i zdrowiu niemowląt

PRACE POGLĄDOWE

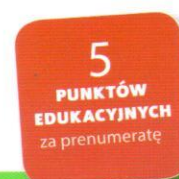
- Obowiązkowy Program Szczepień Ochronnych w 2019 roku – z jakimi wyzwaniami przyjdzie się zmierzyć i czy powróci zaufanie do szczepień?
- Grypa – profilaktyka i leczenie u dzieci i młodzieży
- Przełożenie wielkich pni tętniczych
- Frenotomia u noworodków i niemowląt – przegląd aktualnej literatury i propozycja zaleceń
- Zakażenia dróg oddechowych wywołane przez drobnoustroje atypowe – fakty i mity

PRACE ORYGINALNE

- Czynniki wpływające na utrzymanie wysokiego poziomu wyszczepialności niemowląt

OPIS PRZYPADKU

- Ropne zapalenie stawów w przebiegu posocznicy odcewnikowej u dzieci w programie Domowego Żywienia Pozajelitowego w Warszawie



aktywności (wg skali Brazeltona), objętość zjedzonego pokarmu oraz liczba epizodów krztuszenia w trakcie badania. Analizie poddano również czas trwania karmienia w obu pozycjach.

Wyniki: Całkowita objętość zjedzonego pokarmu była istotnie statystycznie większa w pozycji bocznej w porównaniu z pozycją klasyczną ($p = 0,007$). Liczba epizodów krztuszenia nie różniła się statystycznie pomiędzy badanymi grupami, jednak u noworodków karmionych w pozycji bocznej obserwowano trend do redukcji epizodów krztuszenia ($p = 0,090$). Brak istotnych statystycznie różnic w poziomie saturacji, czynności serca, czasie trwania karmienia oraz w poziomie aktywności w obu porównywanych grupach.

Wnioski: Wyniki badania pilotażowego wskazują na większą efektywność pozycji bocznej w zakresie objętości spożytego pokarmu w trakcie karmienia. Zastosowanie pozycji bocznej w trakcie karmienia może również wpływać na zmniejszenie liczby epizodów krztuszenia. Rzadsze występowanie epizodów krztuszenia znacząco wpływa na jakościowy aspekt karmienia oraz poprawia bezpieczeństwo karmienia doustnego u noworodków urodzonych przedwcześnie. W celu potwierdzenia powyższych wyników badanie zostanie przeprowadzone na większej grupie noworodków.

Praca finansowana z dotacji MNiSW – grant wewnętrzny ICZMP nr 2018/V/9-SZB

Wypalenie zawodowe neonatologów i oligofrenopedagogów – mit czy rzeczywistość?

Jolanta Warzycha¹, Marta Baryła¹, Ewa Warzycha², Marian Halkiewicz², Marta Bazylińska¹

¹ Oddział Neonatologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P. w Częstochowie

² Szkoła Podstawowa nr 38 im. Ludwika Zamehofa w Częstochowie

„Nie możesz się wypalić, jeśli nigdy nie płonąłeś”

J. Szmidt

Streszczenie: Wypalenie zawodowe jest problemem bardzo rozpowszechnionym. Najczęściej nie jest rozpatrywane w miejscu pracy jako problem organizacyjny, ale jako słabość pracownika w zakresie znoszenia codziennych trudności. Tymczasem syndrom wypalenia jest mocno związany ze streso-

genym miejscem pracy i doświadczaniem przez pracownika chronicznego obciążenia emocjonalnego. Coraz częściej dotyczy lekarzy neonatologów, którzy są w stanie długotrwałego stresu. Zaczynają doświadczać braku harmonii między swoją osobą a macierzystym oddziałem neonatologicznym. Sprzyjają temu dyżury kontraktowe w różnych oddziałach, czasem bardzo odległych od miejsca zamieszkania. Neonatolodzy pracują tam jako podmioty gospodarcze i nie identyfikują się z danym oddziałem. Średnia wieku neonatologów w Polsce sięga 54 lat. Praca stanowi dla większości z nas dominującą formę aktywności życiowej, źródło poczucia spełnienia i określenia własnej wartości. Wynikiem długotrwałego borykania się neonatologów jest doświadczanie osobistych porażek oraz postępujące wyczerpanie fizyczne i emocjonalne. Chroniczny stres zawodowy wskazywany jest najczęściej jako główne źródło pojawienia się wypalenia. W powstaniu syndromu wypalenia znacząca jest również podatność indywidualna oraz motywacja. Wszyscy ludzie podlegają stresowi, a wypalają się tylko ci, którzy mieli wzniosłe cele, duże oczekiwania i silną motywację. Już sam wybór specjalizacji z neonatologii - to wzniosły cel, bo obejmuje pomoc najmłodszym i najsłabszym. Kontynuowanie kursów i staży wyjazdowych to kolejne schody (późne powroty ze stażu, tęsknota własnych dzieci, wydatki). Syndrom wypalenia dotyczy też oligofrenopedagogów współpracujących z neonatologami w zakresie wczesnego wspomaganie rozwoju. Wypalenie może prowadzić u niektórych jednostek do pojawienia się postawy „uschniętego drzewa”. Konsekwencją takiej postawy jest wyraźne zdystansowanie się do pracy, a w dalszej kolejności rezygnacja z niej (zmniejszanie zatrudnienia do 0,6 etatu, urlopy bezpłatne, zmiana pracy na dyżury w innym szpitalu). Tymczasem w dobrze pojętym interesie szpitala nie leży odchodzenie lekarzy (pierwotnie) zaangażowanych w pracę, a takie ukształtowanie środowiska, aby mogli oni osiągać cele i spełniać swoje oczekiwania. Proponuje się tworzenie w szpitalach zielonego pokoju dla odprężenia (tzw. green room). W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, w Częstochowie, w którym pracujemy, dyrekcja zorganizowała warsztaty pt. „Metody radzenia sobie ze stresem”. Zespół wypalenia zawodowego nie jest indywidualnym problemem jednostki, ale pro-

blemem społecznym. Wypalenie zawodowe wśród neonatologów i oligofrenopedagogów to nie mit, to rzeczywistość.

Za satysfakcją z wykonywania zawodu przemawia to, że potrafimy wyartykułować nasze sukcesy, a porażek nie roztrząsamy kilka razy dziennie. Gdyby nie ten fakt osób wypalonych byłoby w naszej grupie zawodowej jeszcze więcej.

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, syndrom wypalenia zawodowego, stres zawodowy, neonatolog, depersonalizacja, oligofrenopedagog

Toksoplazmoza wrodzona w oddziale neonatologicznym o referencji II stopnia

Marta Baryła, Jolanta Warzycha, Marta Bazylińska

Oddział Neonatologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P. w Częstochowie

Wrodzona toksoplazmoza jest wynikiem pierwotnego zarażenia pierwotniakiem *Toxoplasma gondii* kobiety ciężarnej w trakcie trwania ciąży. Zależność między czasem zarażenia płodu a zmianami klinicznymi jest odwrotnie proporcjonalna. Im starszy płód tym ryzyko zarażenia większe, ale nasilenie zmian chorobowych mniejsze lub bezobjawowe w okresie noworodkowym. Symptomy ujawniają się w późniejszym życiu w postaci: zaburzeń wzroku, słuchu, objawów neurologicznych, czy opóźnienia psychomotorycznego.

Edukacja kobiet w ciąży o drogach zarażenia to pierwsza linia obrony. Kolejną są systematyczne badania serologiczne ciężarnych umożliwiające wczesne wykrycie zarażenia pierwotnego i wdrożenie leczenia, które poprawia rokowanie u dzieci zarażonych wewnątrzmacicznie. Końcowym etapem powinny być dokładny wywiad oraz analiza kart ciąży jako tzw. ostatnie „sito”. Są to narzędzia w naszych rękach, którymi możemy ograniczyć występowanie tej ciężkiej choroby. Częstość występowania toksoplazmozy wrodzonej na świecie waha się od 1-10 na 10 000 żywych urodzeń. W Polsce częstość występowania wrodzonego zarażenia pierwotniakowego wynosi ok. 1 na 1000-2000 noworodków. Nasze obserwacje są zgodne z danymi ogólnopolskimi. W roku 2014 na 1652 porody u 1 dziecka wysunęliśmy podejrzenie wrodzonej toksoplazmozy. Noworodek płci męskiej z CIIPiI urodzony siłami natury, Hbd 39+ 6 dni z masą ciała 2700 g, został oceniony w skali Apgar 9/10/10/10. U mat-

ki w 27Hbd rozpoznano toksoplazmoza, którą leczono Rovamycyną. U dziecka w badaniach serologicznych stwierdzono: TOXO IgM 1,13(wynik pozytywny), TOXO IgG 1136 (wynik pozytywny). W badaniu usg p/cieściączkowym uwidoczono wentrikulomegalie w zakresie całego układu komorowego oraz okołokomorowo pojedyncze ognisko zwapnienia po stronie prawej. Konsultujący okulista zdiagnozował zapalenie siatkówki oka lewego w okolicy plamki żółtej. Chłopczyka przekazano do Instytutu „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie celem dalszego leczenia. Potwierdzono wstępne rozpoznanie z oddziału z inwazją pierwotniakową oun – dziecko zmarło w 2 m-cu życia.

Toksoplazmoza wrodzona w dalszym ciągu nie jest traktowana na równi z innymi zakażeniami odmatczynymi. Ważne są edukacja kobiet w ciąży oraz systematyczne badania serologiczne umożliwiające wczesne wykrycie zarażenia pierwotnego i wdrożenie leczenia ciężarnej. Istotnym jest wykrycie choroby u płodu i odpowiednia kierunkowa terapia antyfoliantami. Natomiast po porodzie rolę neonatologa jest zebranie dokładnego wywiadu oraz szczegółowa analiza kart ciąży jako tzw. ostatnie „sito”. W związku z faktem, że większość noworodków z toksoplazmozą wrodzoną rodzi się bez objawów klinicznych nasze postępowanie może ograniczyć deficyty rozwojowe u tych dzieci w przyszłości.

Słowa kluczowe: toksoplazmoza, toksoplazmoza wrodzona, diagnostyka prenatalna, wady płodu, leczenie

Zastosowanie palivizumabu w leczeniu zakażenia wirusem RS u noworodków z niewydolnością oddechową

Robert Szlachciński, Jolanta Walasik

Oddział Noworodkowy, Tomaszowskie Centrum Zdrowia
Sp. z o. o. w Tomaszowie Mazowieckim

Wstęp: Palivizumab jest przeciwciałem monoklonalnym, które obecnie ma powszechne zastosowanie w profilaktyce zakażeń RS u noworodków urodzonych przed 33 t.c. Warto jednak zwrócić uwagę na możliwość zastosowania palivizumabu w leczeniu zakażeń RS o ciężkim przebiegu klinicznym u noworodków, które nie zostały objęte kryteriami włączenia do programu profilaktyki zakażeń RS.

Cel: Celem naszej pracy jest ukazanie zastosowania palivizumabu jako skutecznej stra-

tegi leczenia zapalenia płuc wywołanego wirusem RS na przykładzie dwóch pacjentów leczonych w naszym oddziale.

Opis przypadku: Obie dziewczynki (ur. w 34 i 39 t.c.) zostały przyjęte do Oddziału Noworodkowego (II stopień opieki perinatalnej) z domu w ciężkim stanie ogólnym, z objawami narastającej niewydolności oddechowej, obecnością dużej ilości wydzieliny w drogach oddechowych oraz kaszlem. Obie wymagały zastosowania objawowego leczenia niewydolności oddechowej. Monitorowane wartości SaO₂ pozostawały na poziomie 84-90%. Wymagały wsparcia oddechu metodami nieinwazyjnymi (odpowiednio BP-CPAP i CPAP z podażą tlenu 0,4-0,3 w pierwszej dobie leczenia). W chwili przyjęcia wdrożono diagnostykę w kierunku RSV oraz screening infekcyjny. W obu przypadkach obecność wirusa została potwierdzona w ciągu 1h wymazem z nosogardła. Biorąc pod uwagę nasze wcześniejsze złe doświadczenia z zastosowaniem leczenia wyłącznie objawowego i potencjalne ryzyko niepomyślnego zakończenia, bezpośrednio po ustaleniu rozpoznania i wykluczeniu możliwych przeciwwskazań podjęto decyzję o rozszerzeniu postępowania i podaniu palivizumabu. Synagis podany został jednorazowo domięśniowo w dawce 15 mg/kg z pozytywnym efektem. W obu przypadkach w wyniku zastosowanego leczenia uzyskano poprawę stanu klinicznego dzieci i stosunkowo szybki powrót do zdrowia (wypis do domu nastąpił odpowiednio po 15 i 11 dniach leczenia).

Wnioski:

1. Istnieje możliwość zastosowania palivizumabu w leczeniu zapalenia płuc wywołanego wirusem RS z objawami postępującej niewydolności oddechowej
2. Zastosowanie palivizumabu w opisywanych przypadkach okazało się skutecznym elementem leczenia zapalenia płuc wywołanego RS o ciężkim przebiegu.

Piśmiennictwo:

1. Hu J, Robinson JL. Treatment of respiratory syncytial virus with palivizumab: a systematic review. *World J Pediatr* 2010;6:296-300.
2. Santos RP, Chao J, Nepo AG i wsp. The use of intravenous palivizumab for treatment of persistent RSV infection in children with leukemia. *Pediatrics* 2012;130:1695-1699.
3. Lauterbach R. Palivizumab in treatment of RSV infection. *Archives of pediatrics*. JPED-123.

4. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02442427>

Wpływ zindywidualizowanej opieki neurorozwojowej na wybrane wyniki leczenia noworodków z bardzo małą masą urodzeniową w Oddziale Intensywnej Terapii Neonatologicznej

Wioletta Cedrowska-Adamus, Ewa Gulczyńska

Klinika Neonatologii, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”, Łódź

Cel: Porównanie efektów zindywidualizowanej opieki neurorozwojowej vs opieka konwencjonalna nad noworodkiem z bardzo małą masą urodzeniową w oddziale intensywnej terapii.

Tło: Noworodki z bardzo małą masą ciała (<32 tygodni życia płodowego i/lub urodzeniową masą ciała < 1501 g) znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka problemów rozwojowych. Za jedną z ich przyczyn uznaje się fakt dojrzewania wcześniaka w środowisku znacznie różniącym się od warunków panujących *in utero*. Rutynowe postępowanie w oddziale intensywnej terapii charakteryzuje się zazwyczaj nadmierną stymulacją sensoryczną, nocycyptyczną, brakiem prawidłowej opieki rodzicielskiej. Zindywidualizowana opieka pozwala na zapewnienie przedwczesnie urodzonym dzieciom optymalnych warunków, zbliżonych ilością i jakością bodźców, do istniejących wewnątrzmacicznie, po to by mogły one w pełni wykorzystać swój potencjał rozwojowy. Integralną jej częścią jest zapewnienie stałego wsparcia rodzicom oraz wczesne angażowanie ich do opieki nad dzieckiem.

Materiał i metody: Badaniem została objęta grupa 63 noworodków urodzonych do ukończenia trzydziestego tygodnia życia post konceptyjnego (≤ 30 + 6/7). Grupa badana n=32, kontrolna n=31. Grupy nie różniły się istotnie pod względem demograficznym oraz potwierdzonej infekcji wrodzonej. Grupa badana została objęta opieką w oparciu o ujednolicone interwencje modyfikujące środowisko oddziału intensywnej terapii noworodka oraz postępowanie wzorowane na NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Grupa kontrolna objęta była opieką konwencjonalną, zgodną z obowiązującymi w Klinice Neonatologii procedurami. Wyniki zostały poddane analizie statystycznej w oparciu o test **t-Studenta** dla n > 30. Dla zmiennej stopień BPD zastosowano test U-Manna-Withneya.