

LBRIS | We know
Dr. Mihai Craiu

CARTEA SĂNĂȚII COPILULUI TĂU

Material consemnat de Alexandru Panait

Bookzone
BUCUREȘTI, 2025

CUPRINS

INTRODUCERE	5
CAPITOLUL 1 — CÂTEVA ASPECTE DESPRE SĂNĂTATEA PRENATALĂ ȘI NAȘTERE	9
1. PLANIFICAREA SARCINII	11
<i>Cum vârsta părinților afectează sănătatea și dezvoltarea copilului</i>	11
<i>Cât de importantă este o educație pentru sănătate</i>	14
2. RISCURI SAU COMPLICAȚII PENTRU COPIII CONCEPUȚI PRIN FERTILIZARE IN VITRO	16
3. NAȘTEREA NORMALĂ VERSUS CEZARIANĂ	20
<i>Diferențe de imunitate sau de alimentație între copilul născut prin cezariană și cel născut natural</i>	24
<i>Prima lună de viață a unui copil prin cezariană și a unui copil prin naștere naturală</i>	26
<i>Sarcinile peste 40 de săptămâni</i>	27
<i>Începutul alăptării</i>	30
<i>Cum influențează metoda de naștere legătura dintre mamă și copil imediat după naștere</i>	33
CAPITOLUL 2 — ÎNGRIJIREA NOU-NĂSCUTULUI	35
1. ÎNGRIJIREA NOU-NĂSCUTULUI IMEDIAT DUPĂ MOMENTUL NAȘTERII	37
2. SEMNELE UNUI COPIL SĂNĂTOS LA NAȘTERE	44
3. COMPLICAȚIILE CARE POT APĂREA LA NAȘTERE ȘI GESTIONAREA LOR	53
4. ICTERUL LA NOU-NĂSCUT	61
5. SCREENINGURILE PENTRU DETECTAREA PROBLEMELOR DE SĂNĂTATE LA NOU-NĂSCUȚI	65
<i>Screeningurile facultative</i>	68
6. CUM SE DETERMINĂ DACĂ UN COPIL ARE ALERGII SAU INTOLERANȚE ALIMENTARE	71

7. FACTORI DE RISC PENTRU SĂNĂTATEA UNUI NOU-NĂSCUT	75
8. CUM SE POATE ÎMBUNĂȚI IMUNITATEA UNUI NOU-NĂSCUT ȘI CUM SE PREVIN BOLILE INFECȚIOASE	81
9. SFATURI ȘI RECOMANDĂRI PENTRU ALIMENTAȚIA UNUI NOU-NĂSCUT ÎN PRIMELE ZILE DE VIAȚĂ	85

CAPITOLUL 3 — SUGARUL PÂNĂ LA VÂRSTA DE 12 LUNI 91

1. STABILIREA UNUI PROGRAM DE HRĂNIRE PENTRU NOU-NĂSCUTUL ADUS ACASĂ	93
2. ALĂPTAREA ȘI HRĂNIREA CU BIBERONUL	96
3. REPERE CĂ NOU-NĂSCUTUL SE DEZVOLTĂ CORESPUNZĂTOR ȘI ESTE SĂNĂTOS	98
4. SISTEMUL IMUNITAR AL NOU-NĂSCUTULUI ȘI VACCINURILE RECOMANDATE	106
5. ÎNGRIJIREA BURICULUI ȘI A CORDONULUI OMBILICAL	113
6. REFLUXUL FIZIOLOGIC ȘI BOALA DE REFLUX ESOFAGIAN. GESTIONAREA COLICILOR ABDOMINALE	115
7. CELE MAI FRECVENTE MOTIVE PENTRU CARE SUGARUL PLÂNGE ȘI CUM ÎL CALMĂM	122
8. PREVENIREA SAU AMELIORAREA ALERGIILOR	126
9. IMPORTANȚA VITAMINEI D PENTRU MAMĂ ȘI PENTRU SUGAR ÎN PRIMUL AN DE VIAȚĂ	132
10. ÎNGRIJIREA ȘI ODIHNA MAMEI ÎN PERIOADA DE ALĂPTARE	133

CAPITOLUL 4 — COPILUL CU VÂRSTA ÎNTRE 1 ȘI 3 ANI 141

1. ASPECTE GENERALE PRIVIND SĂNĂTATEA FIZICĂ ȘI PSIHICĂ	143
1. PRIMELE O MIE DE ZILE. MICROBIOMUL	143
2. O DIETĂ SĂNĂTOASĂ ȘI ECHILIBRATĂ, PENTRU O DEZVOLTARE OPTIMĂ	152
3. CELE MAI COMUNE SIMPTOME LA COPIII MICI ȘI GESTIONAREA LOR	159
<i>Febra</i>	161
<i>Tusea</i>	174
<i>Deshidratarea</i>	182
<i>Febra și erupțiile cutanate</i>	184

4. PREVENIREA ȘI TRATAREA INFECȚIILOR DE URECHE	185
5. PROTECȚIA FAȚĂ DE RĂCELI ȘI VIROZE COMUNE	190
6. VACCINURILE RECOMANDATE PENTRU COPIII CU VÂRSTA ÎNTRE 1 ȘI 3 ANI	192
7. GESTIONAREA TULBURĂRILOR DE SOMN LA COPILUL MIC	196
8. TEMPERATURA DIN CAMERA COPILULUI	199
9. PREVENIREA ȘI TRATAREA CONSTIPAȚIEI LA COPILUL MIC	200
10. DEZVOLTAREA LIMBAJULUI ȘI A ABILITĂȚILOR SOCIALE	203
11. LEGĂTURA DINTRE AUTISM ȘI DISLEXIE	208
11. Pregătirea pentru intrarea în colectivitate	212
12. RECUNOAȘTEREA DE CĂTRE PĂRINȚI A SIMPTOMELOR COMUNE ALE UNOR BOLI	212
13. PREVENIREA ÎMBOLNĂVIRII FRECVENTE A COPILULUI LA INTRAREA ÎN COLECTIVITATE	214
14. ÎNVĂȚAREA SPĂLATULUI CORECT PE MĂINI	218
15. GESTIONAREA PERIOADEI DE ADAPTARE LA COLECTIVITATE ȘI RISCUL DE ÎMBOLNĂVIRE ÎNȚIAL	219
16. CELE MAI COMUNE BOLI INFECȚIOASE LA COPILUL CARE INTRĂ ÎN COLECTIVITATE	221
17. MĂSURI DE PREVENIRE A BOLILOR INFECȚIOASE LA COPILUL INTRAT ÎN COLECTIVITATE	225
18. CUM EVITĂM RĂSPÂNDIREA BOLILOR ÎN COLECTIVITATE	227
19. LA CÂT TIMP DUPĂ BOALĂ AR TREBUI DUS COPILUL LA CREȘĂ SAU LA GRĂDINIȚĂ	228
20. AFECTAREA RUTINEI DE SOMN A COPILULUI LA INTRAREA ÎN COLECTIVITATE	229
21. CUM ÎL AJUTĂM PE COPIL SĂ SE ADAPTEZE LA GRĂDINIȚĂ SAU ÎN INTERACȚIUNEA CU ALȚI COPII	231
22. RISCURI PENTRU COPILUL AFLAT ÎN COLECTIVITATE	234
23. SFATURI PENTRU O TRANZIȚIE ÎN COLECTIVITATE CÂT MAI UȘOARĂ ȘI BENEFICĂ	236
24. DEZVOLTAREA ABILITĂȚILOR SOCIALE ALE COPILULUI CARE MERGE LA CREȘĂ SAU LA GRĂDINIȚĂ	238
25. CÂTEVA CUVINTE DESPRE REGULI ȘI COMPORTAMENTE	239

**CAPITOLUL 5 — COPILUL ÎNTRE 3 ȘI 6 ANI —
PREȘCOLARUL**

243

1. CELE MAI FRECVENTE BOLI ȘI INFECȚII LA COPILUL ÎNTRE 3 ȘI 6 ANI. 245
2. PREVENIREA DE CĂTRE PĂRINȚI A RĂSPÂNDIRII BOLILOR RESPIRATORII ÎN RÂNDUL PREȘCOLARILOR 258
3. IMPORTANȚA IGIENEI MĂINILOR 263
4. REDUCEREA RISCULUI DE INFECȚII GASTROINTESTINALE 266
5. ROLUL VACCINĂRII ÎN PREVENIREA BOLILOR PRINTRE PREȘCOLARI 268
6. CUM POT PROMOVA PĂRINȚII O ALIMENTAȚIE SĂNĂTOASĂ ȘI ECHILIBRATĂ PENTRU A SPRIJINI SISTEMUL IMUNITAR AL COPILULUI 272
7. GESTIONAREA EXPUNERII LA FACTORI CE POT PROVOCA ALERGII ÎN RÂNDUL PREȘCOLARILOR 276
8. MENȚINEREA UNUI MEDIU DE VIAȚĂ CURAT ȘI SIGUR, ATÂT FIZIC, CÂT ȘI EMOȚIONAL PENTRU PREȘCOLARI 282

**CAPITOLUL 6 — COPILUL ÎNTRE 6 ȘI 10 ANI
— ȘCOALA PRIMARĂ**

287

1. IMPORTANȚA MONITORIZĂRII SIMPTOMELOR DE INFECȚII RESPIRATORII ȘI SOLICITĂREA ÎNGRIJIRII MEDICALE DACĂ ACESTEA SE AGRAVEAZĂ SAU PERSISTĂ 289
2. ALERGIILE 300
3. AFECȚIUNILE DIGESTIVE ALE ȘCOLARULUI 302
4. DIFICULTĂȚI ÎN DEZVOLTAREA FIZICĂ, PSIHOLOGICĂ SAU SOCIALĂ 303
5. TULBURĂRILE DE AUZ ȘI DE VĂZ 307
6. PROBLEMELE DENTARE ȘI IMPORTANȚA IGIENEI ORALE LA VÂRSTA ȘCOLARĂ 308
7. TULBURĂRILE DE SOMN. IMPORTANȚA SOMNOLOGULUI 309
8. DEPENDENȚA DE ECRANE ȘI SOMNUL 314
9. EXCESUL PONDERAL LA COPII 328
10. DIABETUL DE TIP 2 LA COPII 344
11. PROBLEME EMOȚIONALE ȘI DE COMPORTAMENT. IMPORTANȚA CONSULTĂRII UNUI PSIHOLOG SAU A UNUI PEDOPSIHIATRU PENTRU EVALUARE ȘI TRATAMENT 351
12. VACCINURILE ȘI PLANUL DE IMUNIZARE RECOMANDAT 357

	361
1. BOLILE COPILĂRIEI AZI: ÎNTRE VACCINARE, PREVENȚIE ȘI RISCURI NOI	363
2. CÂND COPILUL SE ÎMBOLNĂVEȘTE, IAR PĂRINTELE TREBUIE SĂ STEA ACASĂ	373
3. ALERGIILE	375
4. CÂND TREBUIE SĂ DUCEM COPILUL LA MEDIC. REGULI DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIREA COPILULUI BOLNAV ACASĂ	377
5. ROLUL REGULILOR ȘI AL PROTOCOALELOR ÎN SALVAREA DE VIEȚI OMENEȘTI. IMPORTANȚA INTELIGENȚEI ARTIFICIALE	384
6. ABORDAREA COMUNICĂRII PRIVIND VACCINAREA	387
7. PROCEDURI CARE AR PUTEA SALVA VIAȚA COPILULUI AFLAT ÎN PERICOL	393
8. AFECȚIUNI CU ERUPȚIE: VARICELA, RUJEOLA, RUBEOLA, OREIONUL, SCARLATINA, EXANTEMUL SUBIT	399
9. BOLILE ENTERALE	405
10. BOLILE RESPIRATORII	413
CONCLUZII	417

CAPITOLUL 1

**CÂTEVA ASPECTE
DESPRE SĂNĂTATEA
PRENATALĂ
ȘI NAȘTERE**

1. PLANIFICAREA SARCINII

Cum vârsta părinților afectează sănătatea și dezvoltarea copilului

Există în literatura anglo-saxonă o expresie sugestivă: *one size does not fit all*, care înseamnă că nu există o soluție universală, potrivită pentru fiecare situație sau persoană în parte. Acest lucru este valabil și când vorbim despre vârsta optimă pentru a avea copii. Un exemplu celebru este Charlie Chaplin, care a devenit tată chiar și după vârsta de 70 de ani – ultimul său fiu, Christopher James Chaplin, s-a născut în 1962, când actorul avea deja 73 de ani. Și nu este un caz singular, exemple similare fiind numeroase. Cu toate acestea, dincolo de astfel de situații particulare, trebuie spus că riscurile majore asociate vârstelor extreme vizează mai degrabă sănătatea mamei.

Românii sunt campionii Uniunii Europene la capitolul mame minore și copii prematuri – 5% din nașterile din România implică mame minore, acestea reprezentând peste 28% din toate mamele minore din întreaga Uniune Europeană¹. Statisticile Organizației „Salvați Copiii” sau chiar cifrele oficiale, care sunt mai optimiste, ne arată că vârsta foarte mică e o problemă în creștere în ultimii 2 ani². În 2020, aproape 45% dintre fetele de 15 ani care au devenit mame în UE proveneau din România³.

Nici cealaltă extremă nu este dezirabilă, pentru că o bună parte dintre doamne se concentrează astăzi pe educație; vor să aibă și studii, și poziție în societate, și job. Unele aleg să amâne un pic momentul maternității, față de modelul părinților și bunicilor

1 România rămâne țara cu cele mai multe mame minore din Uniunea Europeană, în 2021 / Numărul mamelor sub 14 ani este în creștere – Edupedu.ro.

2 Situația mamelor minore din România. Părerile specialiștilor (stiripentrucopii.com).

3 Aproape 45% dintre fetele care au devenit mame sub vârsta de 15 ani în 2020 în statele UE provin din România, arată datele Eurostat / Caravana Salvați Copiii aduce medici în zonele rurale din 3 județe, iar tinerele primesc analize medicale gratuite și consiliere – Edupedu.ro.

noștri, în care primul copil venea undeva în jurul vârstei de 20 de ani. Acum, primul copil apare în jurul vârstei de 30 de ani: 54% din mamele din mediul urban și 44,6% din cele din mediul rural au peste 30 de ani la nașterea primului copil⁴. Sunt numeroase exemple de mame peste 40 de ani, cu copiii absolut sănătoși.

Nu este adevărat că, dacă vârsta părinților are o anumită valoare, copilul va ieși cu malformații, retard mental, dizabilități sau cu sindroame genetice! Depinde de cât de sănătoși și de cât de în formă fizic sunt părinții, dacă vorbim de vârste acceptabile pentru a putea duce la bun sfârșit efortul parental. În cazul în care sunt îndoieli, există posibilitatea unei discuții cu un expert. De asemenea, există centre de sfat prenatal unde se poate face fertilizare in vitro.

Uneori, amânarea vine și din faptul că obținerea unei sarcini pe căi naturale nu prea a reușit și poate este nevoie de un set de investigații care să arate cât de mare este riscul.

Sunt situații în care totuși apare o sarcină la cupluri în care unul dintre părinți sau amândoi au o vârstă care iese din cutume. Recent, am reîntâlnit un prieten care este cu a doua doamnă a vieții lui, având împreună un nou-născut. Prietenul este cam de vârsta mea, iar copilul este foarte drăguț. De altfel, inteligența populară românească zice despre copiii făcuți la tinerete că sunt frumoși ca părinții, iar despre cei născuți mai târziu, că au din înțelepciunea câștigată a părinților.

Dacă, după un examen de rutină, medicul de familie spune: „Sunteți suficient de sănătoși încât să parcurgeți acest drum cu un copil”, atunci este totul în regulă. Un copil nu este o jucărie, de care trebuie să ne ocupăm un an sau câteva luni. Dimpotrivă, trebuie să îl creștem până la momentul când va fi adult, pe picioarele lui. Egoisme de tipul doamnei care a vrut să fie cea mai bătrână mamă din lume, ca exercițiu de imagine, nu sunt deloc recomandabile⁵, deoarece o astfel de mamă poate să moară foarte curând după acest eveniment⁶ sau poate să realizeze că al său copil este o povară la această vârstă⁷.

4 Rata natalității – în continuă scădere, dar peste media UE. Specificul românesc (cursdeguvernare.ro).

5 O româncă, prima naștere la 66 ani.

www.bbc.co.uk/romanian/news/story/2005/01/050117_nastere_record.shtml.

6 BBC NEWS | Health | World's oldest mother dies at 69.

7 www.dailymail.co.uk/news/article-1045815/Worlds-oldest-mother-70-pleased-male-

Sigur că există și povești fericite, cum este cazul doamnei Adriana Iliescu, care ulterior a fost o mamă extraordinar de bună, ca dovadă realizările școlare ale Elizei⁸, fiica ei, dar să ne gândim și la emoțiile acestei copile, care a fost țintă a bullyingului, întrebată fiind dacă a venit cu bunica, la școală sau în parc. Când era mică și nu avea toate răspunsurile, probabil că o încercau emoții nu tocmai plăcute.

Călătoria prin sarcină, cu tot ceea ce implică ea, trebuie privită pe toată lungimea tunelului, până la luminița de la capăt, până când copilul, de acum un adult tânăr, cu studii universitare sau cu o meserie, ne spune: „Da, acum mă descurc prin propriile mele forțe!”

Nu e un drum scurt, așa că trebuie să fim siguri că sănătatea ne aduce până acolo. Dacă sunt întrebări dincolo de sănătatea aparentă, există modalități foarte clare de a evalua riscurile. În prezent, evaluarea genetică complexă de tip *whole exome sequencing* – secvențierea întregului exom – poate dezvălui „viciile ascunse”. Odată ce a apărut o sarcină, există metode de predicție, cum ar fi cvadruplu sau triplu test⁹, amniocenteză. Sunt tehnici de evaluare, unele chiar foarte simple: se ia un eșantion de sânge la mamă, care apoi se corelează cu vârsta părinților și cu restul elementelor de sănătate. Alte teste presupun un pic de lichid amniotic. Fiind invazivă, adică având loc o puncție într-un sac cu apă, procedura trebuie ghidată ecografic de către un specialist, într-un serviciu specializat, care poate să analizeze genele fătului. Sunt familii în care pot exista zone de susceptibilitate sau de risc crescut.

În orice caz, **ar trebui să luăm decizii bazate pe dovezi, nu pe emoții!** Dacă o familie are stabilitatea financiară și sănătatea fizică să poată duce un copil până la vârsta de adolescent / adult tânăr, atunci da, este o călătorie foarte interesantă. Altfel, e numai un egoism sau un risc nerezonabil asumat.

De asemenea, ar trebui să existe **o perioadă optimă între nașteri**. În această privință, trebuie să ne gândim, în primul rând,

heir-declares-daughter-burden.html.

⁸ Fiica Adrianei Iliescu a împlinit 18 ani. Povestea nașterii Elizei de către „cea mai vârstnică mamă din lume” – www.viva.ro/vedete-si-evenimente/fiica-adrianei-iliescu-a-implinit-18-ani-cea-mai-varstnica-mama-din-lume-3045404.

⁹ www.reginamaria.ro/articole-medicale/testele-screening-de-trimestru-2-triplutest-si-cvadruplu-test.

la noi, din perspectivă fizică, în special la mamă, deoarece avem la îndemână exemplul părinților și al bunicii noastre. Din păcate, în România comunistă mijloacele contraceptive erau puține sau chiar absente. Aici a fost un fel de istorie naturală a evoluției sarcinilor. S-a observat că, dacă vorbim de doi sau trei copii, adică nu de un număr foarte mare, acest interval nu este limitat neapărat la cel puțin doi ani, deci nu există o limită inferioară. Am avut colegi care aveau un frate sau o soră în clasa imediat mai mică. Nu e un pericol dacă vine un copil, nu sunt riscuri biologice la femeia anterioară sănătoasă, existând sute de mii de dovezi în acest sens. Sunt copii care au frați cu 10 luni mai mici decât ei, în acest caz sarcina următoare venind imediat.

Din nou, toate se petreceau în era în care nu exista medicație contraceptivă și în care se credea că alăptatul la sân previne apariția următoarei sarcini! Sunt unele locuri, în mediul rural, în care se mai crede și acum lucrul acesta. Este total neadevărat!

Cât de importantă este o educație pentru sănătate

Sunt multe mituri privind sarcina care par să frizeze chiar ridicolul.

Un caz care m-a șocat este cel al unei fete cu vârsta de 13 ani, gravidă. În discuția cu un consilier, i-a spus acestuia, în mod paradoxal: „Nu înțeleg cum de am putut rămâne gravidă, doar aveam mătura sub pat. Babele din sat mi-au zis că, dacă pun o mătură de nuiele sub pat, nu am cum să rămân gravidă!” Mesajul categoric ar trebui să fie: „Singura contracepție eficientă este să nu aveți acum contact sexual!” În primul rând, aceste copile sunt nepregătite pentru asta, iar în al doilea rând, nu există nicio metodă de contracepție care să fie 100% sigură, nici măcar prezervativul, membrana, dispozitivul intrauterin, despre care chiar nu ar fi cazul să vorbim la 13 ani.

Suntem un neam șugubăț și producător de povești, pentru că asta aduce liniște. Gândim că, dacă am făcut ce se zice, atunci nu ni se poate întâmpla ceva neprevăzut. Din fericire, astăzi avem legi destul de serioase, chiar dacă mai e loc de îmbunătățire. Până și la televizor se difuzează mesaje de tipul: „Actul sexual comis de un major cu un minor sub 16 ani constituie viol, dacă diferența de vârstă este mai mare de 5 ani, și se pedepsește cu închisoarea.”

E un mesaj, din nefericire, complicat, cu foarte multe detalii tehnice, foarte multe calcule de făcut. Era mult mai concludent să se spună: „Actul sexual cu minori sub 16 ani este interzis!” Pentru niște minți bolnave poate să pară facultativ, căci pot invoca diverse pretexte.

Din păcate, România nu înseamnă doar centrul marilor orașe, ci există și o Românie rurală, cu o mulțime de adulți tineri care nu se înscriu nici măcar în criteriile pe care le vedem la rezultatele testelor PISA. Există o foarte mare discrepanță între accesul la educație de calitate între zonele rurale și zona urbană. Nu numai aspectele referitoare la drumuri și sănătate sunt omise din programe de dezvoltare pe termen mediu și lung, ci și școala, care este o adevărată „cenușăreasă”, fiind de o calitate mult mai proastă, în prezent, la sat. Fetele tinere, dacă ajung în clasa a VII-a, când ar trebui să învețe anatomie, nu participă la discuții, de altfel absolut necesare, despre igiena intimă, despre ciclul reproductiv. Și asta pentru că **nu se discută subiecte tabu**.

Iar lipsa de discuție duce la preluarea informației de pe internet, care poate fi și bună, și proastă, fiind înșelătoare prin accesibilitate. Pe internet nu te judecă nimeni, nu te vede nimeni, îți este mai ușor să cauți. Și este la îndemână să apelezi la internet atunci când îți este jenă să întrebi ceva pentru care școala se uită ciudat la tine, când există proteste oficiale despre introducerea în curriculumul școlar a educației pentru sănătate. Nu vorbesc de contracepție aici! Ar trebui să discutăm aplicat măcar despre spălatul pe mâini și despre igiena alimentară, ca să nu mai fim prima țară din UE la numărul de cazuri de hepatită acută. Educația pentru sănătate nu e numai despre sex, ci implică toate celelalte aspecte: boli eruptive, insolație, vărsături, deshidratare, sângerări și traume minore. Este, de altfel, calea sigură pentru luarea unor decizii adecvate în scenarii de criză.

2. RISCURI SAU COMPLICAȚII PENTRU COPIII CONCEPUȚI PRIN FERTILIZARE IN VITRO

Din 1978, când a fost realizată cu succes prima fertilizare in vitro (FIV) la om, pe baza tehnicii dezvoltate de către dr. Robert Edwards și dr. Patrick Steptoe, s-au acumulat o serie de întrebări de natură etică, religioasă sau medicală^{10, 11}.

Algoritmii și inteligența artificială vor scădea foarte mult hazardul, într-un viitor nu foarte îndepărtat, când se va realiza mai facil evaluarea eșantionului de celule, de embrioni, iar evaluarea corectitudinii va avea un grad mai ridicat de precizie.

Un copil creat prin FIV va fi la fel de sănătos ca altul din aceeași regiune, cu aceeași expunere, cu aceeași poluare a mediului, din părinți sănătoși de vârste similare. Fertilizarea in vitro ar trebui să rezolve niște disfuncții ce fac imposibilă întâlnirea în locul propice, la momentul potrivit, între spermatozoid și ovul. Dacă spermatozoidul sau ovulul au „defecțiuni” majore, chiar dacă le creăm condițiile optime de întâlnire, rezultatul final nu va fi tocmai cel așteptat.

Această tehnologie poate depista problemele cu mult mai mare precizie decât conceperea în mod normal, care face parte din regula firii. Când pierzi o sarcină, pierzi două, trei sau zece, totul se întâmplă dintr-un motiv anume. Există o Autoritate Divină sau o Lege Universală care probabil „veghează” să nu vină pe lume copii monstruoși. Nu e o prostie, ci o realitate! Când embrionul nu poate să stea acolo unde este normal sau nu se produce deloc fertilizarea, există niște anomalii chimice, hormonale, endocrine; trebuie căutată cauza, care nu este numai o chestie de trompe uterine. Putem să ducem momentul nașterii și spre o vârstă mai mare, când, repet, este un egoism al părintelui, și nu o nevoie imperioasă a copilului care va rezulta. Dacă ne uităm la copiii care acum sunt adolescenți sau adulți tineri, obținuți în urmă cu o decadă prin fertilizare in vitro, când tehnicile de precizie erau un pic mai rudimentare,

10 Biggers JD – „IVF and embryo transfer: historical origin and development”, *Reprod Biomed Online*, aug. 2012; 25(2):118-27. doi: 10.1016/j.rbmo.2012.04.011.

11 Suzuki M. – „In vitro fertilization in Japan – early days of in vitro fertilization and embryo transfer and future prospects for assisted reproductive technology”, *Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci*, 2014; 90(5):184-201. doi: 10.2183/pjab.90.184.

observăm că există o rată destul de consistentă de eșec. Se pierdeau multe sarcini, nu se duceau la termen, existau afecțiuni manifeste la acești copii. Embrionul nu reușea să ajungă la finalizare, tocmai pentru că avea ceva în neregulă: fie un substrat metabolic anormal, fie o serie de malformații.

În prezent, putem să ținem în viață copii de 400 și ceva de grame, însă întrebarea esențială este: cui folosește, dacă nu îi folosește copilului? Decizia trebuie să fie una complexă, discutată în momentul în care există opțiuni. **Calitatea vieții nu putem să o cântărim!** Sunt copii care se nasc cu inabilități neurologice majore: nu pot să alerge, să joace un joc oarecare etc. Poate că au o viață cu trăiri multe și complexe, poate că vor fi niște artiști extraordinari. Dar nu e de recomandat să ne jucăm de-a Dumnezeu odată ce s-a instalat sarcina!

Este absolut necesară o discuție serioasă despre roștul fertilizării in vitro, înainte să plecăm la drum. Sunt situații în care, într-adevăr, anatomia și fiziologia transmit că nu este momentul acum sau nu este deloc momentul. Din fericire, există soluții alternative – mame purtătoare sau adopții. Trebuie discutate toate aspectele, cu responsabilitate maximă față de copilul nenăscut. Nu putem încerca ceva doar de dragul tentativei, ca mai apoi să constatăm că nu ne place rezultatul și să facem cinci întreruperi de sarcină. Nu facem eugenie! Să nu uităm că Tribunalul de la Nürnberg a dat niște verdicte, apropo de anomalii de acest gen. Nu sunt numai discuții legate strict de medicină, ci și aspecte foarte serioase de etică.

Din aceste motive, cred că fertilizarea in vitro va mai parcurge niște etape. Nu știu să anticipez, dar în momentul în care vor fi mai sigure, vor prevala discuțiile despre etică celor de precizie a actului medical în sine. Le vom putea rezolva cu mult mai mare ușurință. Dincolo de progresele tehnologiei, fertilizarea in vitro trebuie să meargă în paralel cu niște progrese etice și de conștiință. Adică este vorba și despre luarea deciziei, nu numai despre posibilitatea facerii.

În principiu, **nu există diferențe în dezvoltarea fizică și cognitivă între un copil conceput prin FIV și unul conceput natural**, dacă sunt născuți la termen, fără incidente. Dacă sarcina ajunge la termen, va ieși un copil absolut normal, care va parcurge firesc etapele. În cazul în care copilul este născut prin FIV și e

prematuro, nu va avea o traiectorie mai dificilă decât a altor prematururi de vârsta lui gestațională. Totul se petrece în funcție de gradul de dezvoltare.

Ceea ce observăm la cohorta, nu foarte mare, de copii obținuți prin FIV reflectă, de fapt, niște **dificultăți ale stării de sănătate a părinților acelor copii**. Uneori, în populația generală, care poate avea copii fără intervenții hormonale, terapeutice, sau fără aportul științei, distribuția acestor inegalități, imperfecțiuni sau boli manifeste este mult mai dispersată. În cazul nostru, ele sunt concentrate, pentru că, probabil, un anumit motiv duce la incapacitatea de a avea o sarcină. Nu vorbesc aici de imposibilități anatomice, de situațiile în care mama are malpoziție de uter sau uter hipoplazic, sau de alte anomalii de trompe uterine, și unde, de altfel, totul decurge foarte bine, căci mama are 30 de ani, tatăl are aproximativ la fel, iar fertilizarea in vitro este numai o procedură de depășire a unui obstacol natural. Ci vorbesc despre fertilizarea in vitro cu un partener de 70 de ani, din motive care încalcă granițele etice. Tehnic, s-ar putea face, dar întrebarea este cui folosește. Copilului îi folosește în vreun fel? Răspunsul este că nu prea.

În principiu, este o prejudecată de selecție. Bună parte din copiii care, până la nivelul acesta tehnologic, au fost obținuți prin fertilizare in vitro provin din niște părinți încercați. Nu vorbim de populația generală, nu aș vrea să descurajez părinții. **Nu fertilizarea in vitro generează dezavantaje pentru sănătatea copilului, ci bagajul genetic al părinților**. Nu ne putem aștepta să fie copiii noștri altfel decât noi! Actul creației ar trebui să aibă magia sa, momentul acela de inefabil. Or, când totul se petrece într-un borcan, parcă e puțin diferit. Colegii mei de specialitate vor putea face lucruri care actualmente sunt privite mai degrabă ca făcând parte din zona minunilor, totul va fi mult mai precis. În momentul acesta știm despre foarte multe studii de ADN și ARN, impulsionate de cercetările legate de pandemie. Ele au făcut ca genetica aplicată, clinică, să fie mult mai riguroasă acum. Toate laboratoarele de cercetare a diverselor mutații de virus SARS CoV-2 care în prezent au rămas fără business au relocalizat resursele. Una dintre arii, în afară de oncologie și de bolile cu mecanism imun, e partea de fertilizare și de reproducere, o mare nevoie nesatisfăcută încă. Nu vor fi părinți mai tineri, în viitorul anticipabil, trendul e să fie din ce în ce mai în vârstă.

Există posibilitatea selectării sexului viitorului copil, dar această strategie ridică numeroase aspecte de etică¹². Uneori, această selecție se face în mod deliberat, selectând un embrion care va duce la nașterea unei fete, în scenarii excepționale ale unor părinți ce poartă mutații ale unor maladii grave transmise X-linkat¹³.

De obicei, sarcinile obținute prin FIV conțin mai mulți embrioni implantați, deci este de la început cunoscută posibilitatea de a avea, în final, o naștere cu gemeni pentru sarcinile FIV cu evoluție fără incidente. Cât privește evoluția perinatală a acestor gemeni din sarcini FIV, față de gemenii născuți din sarcini fără fertilizare in vitro, ei au ceva mai multe dificultăți de adaptare la viața extrauterină, au nevoie mai des de suport ventilator și au greutate medie la naștere mai mică față de cea a gemenilor din sarcini obținute spontan. Evoluția ulterioară este comparabilă cu a gemenilor din sarcini spontane cu aceeași vârstă gestațională, fără diferențe majore evolutive pentru gemenii născuți fără incidente¹⁴.

Nu sunt anticipabile nevoi suplimentare pentru copilul născut fără incidente, la termen, după o sarcină obținută prin FIV. Dar, în cazul unor evenimente pre- sau perinatale, este necesară construirea unui plan de monitorizare personalizat, discutat cu părinții și trimis medicului de familie. Un astfel de exemplu este așa-numitul *follow-up* pentru copiii prematuri, care este inclus în România între programele de monitorizare decontate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

12 www.drpadmajaivf.com/blog/can-ivf-be-used-for-gender-selection-and-is-it-ethical/#:~:text=Yes%2C%20IVF%20can%20be%20used%20for%20gender%20selection%2C,a%20genetic%20disorder%20that%20primarily%20affects%20one%20gender.

13 E. Scott Sills, Gianpiero D. Palermo – *Human Embryos and Preimplantation Genetic Technologies*, Cap. 4 ed. de Gab Kovacs: „Elective gender selection of human embryos during IVF”, Academic Press, 2019, pp. 29-34. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816468-6.00004-7>.

14 Duy Anh N, Thu Ha NT, Khac Toan N, Tuan Dat D, Huyen Thuong PT, Tra Giang DT, Anh Duc T, Xuan Anh B, Manh Ha N, Minh Duc N. – „Obstetric and Perinatal Outcomes of Dichorionic-Diamniotic Twin Pregnancies Conceived by IVF/ICSI Compared with Those Conceived Spontaneously”, *Clin Ter.*, 4 apr. 2022; 173(2):155-163. doi: 10.7417/CT.2022.2410.

3. NAȘTEREA NORMALĂ VERSUS CEZARIANĂ

Este un subiect foarte discutat, mai ales în România, deși nu ar trebui, pentru că, tehnic, lucrurile sunt foarte clare. Ce îi trebuie copilului și, respectiv, mamei la momentul nașterii este destul de clar în majoritatea cazurilor și poate fi algoritmat. Cred că algoritmi și inteligențele artificiale ne vor comunica foarte clar asta, într-o evaluare prenatală, undeva în orizontul apropiat. Să ne imaginăm că un braț robotic va face o evaluare ecografică, morfologică, eventual și o pelvimetrie internă și va trimite un mesaj pe ecran: „97% șanse de naștere normală”. Or, când știm asta, e limpede că mergem mai departe cu un grad redus de risc.

Este ușor să spunem că în România există anormal de multe cezariene față de media europeană. Dar tot în România avem și femei însărcinate care mor spunând că „nu au aer”, ca în tragicul incident de la Botoșani, sau femei lăsate să nască pe trotuar în fața UPU, în așteptarea unui transfer către o maternitate. Medicul onest, obstetricianul care s-a străduit din convingere și din chemare să fie acolo, se simte presat de toate aceste probleme. Cum se adaptează el la realitatea românească de acum? Făcând medicină defensivă! Or, cea mai sigură strategie percepută de a avea în mână, repede, un copil, fără riscuri majore, este de a-l scoate prin cezariană. Ca specialist, îți creează cel mai mare grad de control. Mulți medici preferă acest grad de control, vorbindu-le pacienților numai despre durerea inherentă travaliului sau despre toate celelalte aspecte asociate nașterii naturale, deconsiliindu-i astfel, călăuzindu-i pe un drum greșit. Oare există vreo femeie însărcinată care ar dori, vreo secundă, să existe un risc cât de mic pentru copil? Sau vreuna care ar putea să-i facă într-un fel rău copilului? Dacă i s-ar prezenta totuși toate variantele, cu pro și contra, cel mai probabil ar zice: „Aș suporta ceva durere. Vreau să-i fie bine copilului meu. Dați-mi mai multă doctorie de durere.”

În momentul de față, există strategii de analgezie. Apropo de analgezia peridurală, s-au făcut progrese extraordinare față de acum niște decenii, iar durerile par a fi ținute sub control, sunt suportabile. E greu de spus că poți ajunge la niciun fel de durere, nu este o așteptare rezonabilă. Poți să faci cezariană la rece și nu te va dura nimic, dar apar riscuri semnificative pentru copil.

Din punctul de vedere al siguranței pentru doctorul care scoate copilul, cezariana este cea mai sigură. **Pentru copil însă, dintre toate strategiile de naștere, cel mai mic risc îl aduce o naștere normală, fără incidente.** Conform legilor fizicii, dacă scoatem un scafandru din apă, foarte repede, de la mare adâncime, nu putem face asta fără repercusiuni negative: apar manifestări de *boală de cheson*, apropo de decompresia bruscă. Trebuie să trecem prin filiera pelvi-genitală, să fim storși de lichidul amniotic, pentru că am stat intrauterin nouă luni, plini de lichid în plămâni, plămânii noștri nerespirând anterior nașterii. **Nașterea naturală este calea cea mai sigură către un copil perfect sănătos!**

Sunt și excepții, când cezariana este de preferat nașterii naturale, de exemplu, într-o prezentație pelviană sau transversă, ori dacă este o sarcină gemelară cu probleme. Dar vorbim despre un caz normal de mamă, fără comorbidități, fără patologii pelviană sau ortopedică, toate acestea putând fi anticipate înainte de actul nașterii, măsurându-se riguros dimensiunile fătului, respectiv ale mamei. Cu ocazia morfologiei fetale se poate observa exact cât de mare este capul, care este diametrul lui, ce lungime are femurul. Prin imagistica 3 sau 4D putem vedea copilul ca și cum ne-am mișca în jurul unei statui. Îi vom spune mamei: „Nu puteți să nașteți pe cale naturală. Vă putem lăsa în travaliu, dar nu o să progreseze prezentația. Adică este imposibil să iasă singur copilul dumneavoastră.” Trebuie discutat fiecare caz în parte.

Sunt **patru chestiuni esențiale** la momentul nașterii, care ne semnalează dacă copilul ar putea să aibă o suferință la naștere, caz **în care ar putea fi nevoie de cezariană sau de o intervenție cât mai rapidă:**

1 *Este o sarcină cu un copil sau cu mai mulți?* Dacă sunt mai mulți, e puțin probabil să se nască toți în siguranță, pe cale naturală.

2 *Lichidul amniotic este impregnat meconial?* În mod normal, când se rup membranele amniotice (ruperea apelor, cum se spune popular), trebuie să curgă fluid limpede, ca apa de la robinet. Dacă fătul este plin de fluid vâcos, având aspect de „muștar”, asta reprezintă o problemă. De obicei, fătul se relaxează la sfinctere numai atunci când nu mai are putere să se lupte cu travaliul nașterii și devine hipoxic. Când este hipoxic

de foarte multă vreme și are cordonul de gât, atunci relaxează sfincterul anal, iar meconiul, conținutul din intestinul fătului, ajunge în lichidul amniotic și respectiv pe pielea sa. Dacă există materii fecale în lichidul amniotic înseamnă că acel copil este în suferință de multă vreme și trebuie scos repede pentru a fi resuscitat.

3 *Mama a primit în mod repetat medicație de durere (medicamente opioide) în ultimele 4 ore? Acea medicație are timp să treacă transplacentar la copil în aceste 4 ore, iar acesta va ieși „ca un drogat” ce a primit o supradoză și, poate, nu respiră deloc.*

4 *Este o sarcină la termen? Dacă nu este o vârstă de gestație de 38-42 de săptămâni, atunci ar putea fi anticipată o suferință la naștere.*

O altă întrebare posibil relevantă este dacă există incidente perinatale. De exemplu, în cazul mamei care are febră foarte mare sau sângerări active, nu este timp, trebuie scos copilul și apoi tratat restul.

Acestea sunt cazuri punctuale și decizia ar trebui luată plecând de la întrebarea: **Cui folosește?** Dacă efectuarea cezarienei nu îi folosește copilului, decizia nu este tocmai cea mai bună. Dacă folosim cezariana ca strategie de prevenție a durerii, este greșit pentru copil. Dacă folosim cezariana ca strategie de maximizare a șanselor de resuscitare la un copil în suferință sau de reducere a probabilității de suferință a unui copil care e prea mare să iasă pe unde trebuie, acolo cezariana este o soluție. O mamă care a născut doi copii în mod natural, iar a treia oară are hipertensiune, nu poate să stea în travaliu. Întotdeauna se „revizitează” acest subiect. Dacă anterior s-a născut prin cezariană, o dată sau de două ori, a treia oară nu se poate naște natural, de obicei, deoarece există riscul de ruptură uterină. Sigur, există specialiști experimentați care evaluează dimensiunea peretelui uterin și conchid: „Chiar dacă ați avut cezariană, ați putea să nașteți natural, dacă aceasta este opțiunea dumneavoastră.”

E o chestie de coaching și de ghidaj. Ca doctor, trebuie să fii acolo și să-ți asumi, nu să zici: „Veniți mâine-dimineață, acum nu aveți destulă dilatație.” **Trebuie să existe o „chimie”, o încredere între medic și mamă.** Când te uiți, ca mamă, în ochii doctorului, trebuie să ai sentimentul că acela este doctorul tău, că mergi cu el la drum, să simți că vrea să te ajute. Dacă nu se uită la tine, nu

are răbdare sau îi este teamă, pur și simplu, transpiră sau respiră mai repede, sigur la prima greutate va zice: „Gata, facem cezariana.”

Nu trebuie să mutăm responsabilitatea pe umerii părintelui, noi suntem doctorii! Părintelui îi spunem că vom recalcula dacă s-a întâmplat ceva pe drum, dar că suntem acolo, lângă el, lângă pacient, și că, în primul rând, noi ne-am simți bine să iasă totul în regulă. Ca părinte, vreau să fie perfect pentru copilul meu, și nu să mi se comunice din partea doctorului: „Dumneavoastră decideți!” Noi suntem specialiștii în naștere, ne angajăm împreună cu mama în acest proces. Monitorizăm starea fătului, prin plasarea pe burta mamei a unui cardiocitograf, o centură cu un dispozitiv ce seamănă cu un mouse de computer¹⁵, care monitorizează bătaile de cord fetal, la fel cum ascultau obstetricienii bătrâni cu „trompeta” aceea, când puneau stetoscopul pe burta mamei. Fătul trebuie să aibă în mod constant peste 100 de băți pe minut, ca să fie în confort. Când începe contracția uterină și inima fătului încetinește brusc, de parcă s-a tras frâna de mână, nu e tocmai în regulă. Nu e voie să se ducă sub 60 pe minut, deoarece este periculos, putându-se chiar opri. Nu poți lăsa inima copilului să se ducă mult prea jos, pentru că se poate prăbuși întregul echilibru cardiovascular.

Aceste aspecte sunt responsabilitatea doctorului. După cum tot responsabilitatea lui e să le comunice mai departe mamei, care poate să zică: „Mi se pare nerezonabil, riscant, nu mai țin morțiș să nasc natural!” Deciziile privind sarcina, nașterea, alăptarea, vaccinurile, ca de altfel toate cele posibil controversate, sunt distribuite în populația românească în forma literei „U”. Sunt la fel de mulți cei care vor neapărat, după cum sunt la fel de mulți care sunt total împotriva. Nenorocirea actuală în România este că sunt foarte puțini cei care s-ar lăsa ghidați de specialist, să caute unul care să meargă cu ei pe acest drum.

Riscul în viitor este cel de creștere a aplicării medicinei defensive. Puțini doctori, care chiar știu foarte bine ce au de făcut, care nu au plecat din România și care nu cedează (au bucuria asta, de aceea s-au înhămat la această încercare profesională, nu pentru bani!), vor mai încerca să aplice protocoale dificile, cu un grad ridicat de risc, nealegând calea cea mai simplă pentru ei. Personal, am vrut să devin doctor, în primul rând, pentru că vreau să ajut copilul, dacă mă lasă părintele să fac asta. E un dans în mai mulți, nu e numai

15 www.beingtheparent.com/electronic-fetal-monitoring-during-labor-and-delivery/.