

Dr. Jana Norčič,  
Splošna bolnišnica, Maribor

## Novosti iz pediatrije

**POVZETEK.** *Perinatologija je mlada medicinska veda, ki proučuje vplive, ko v nosečnosti ogrožajo plod.*

*Avtorica v prispevku obširno opisuje vpliv raznih zdravil, ki jih mati jemlje v času nosečnosti, ter razne okužbe z mikroorganizmi med nosečnostjo in ob porajanju. Zadnja leta je hipoglikemija, ki pušča otroku še neznane nevrološke in psihične spremembe, predmet intenzivnih raziskovanj. Tu navaja simptome, ki se pojavljajo pri neonatalni hipoglikemiji, in važnost postopka pri določanju glukoze v krvi. Tudi v neonatologiji je prepričevanje obolenj izredno važno, zato mu je treba posvetiti vso pozornost.*

**NEWS FROM THE FIELD OF PEDIATRICS.** *Perinatology is a young medical speciality concerned with the study of harmful effects entailed on the foetus during pregnancy. The author gives an extensive survey of different drugs taken by pregnant women. Further, infections with microorganisms during pregnancy and labour are reviewed. Hypoglycemia which causes obscure neurological and psychical changes in the child, has been the subject of a number of recent investigations. Symptoms related to neonatal hypoglycemia are presented and the importance of the blood glucose measurements is stressed. Prevention of diseases plays an outstanding role in neonatology and therefore, should be payed a special attention to.*

Zdrav naraščaj lahko zagotavlja le neprekinjeno zdravstveno varstvo skozi obdobje otroštva, adolescence ter odraslih in v nosečnosti. Le tako je mogoče pričakovati, da se bodo otroci razvili v zdrave, samostojne osebnosti.

Perinatologija je mlada specialna veda, katere cilj je storiti vse, da bi bile nevarne okoliščine, ki prete nosečnosti in nato materi ter njenemu novorojencu, čim manjše. Ta veda se ne ukvarja z novimi vprašanji, marveč skrbno proučuje le probleme, ki so bili prisotni že od nekdaj in ogrožajo porajajoče se življenje ali pa zapuste trajne in nepopravljive posledice na rastočem organizmu.

Pediater se je nekoč ukvarjal le z otrokom, ki ga je oskrboval v ambulanti ali bolnišnici. Danes se je pediater-neonatolog približal in začel tesno sodelovati z ginekologom-porodničarjem, z genetikom, anesteziologom in biokemikom. Le tako lahko skrbno spremlja dogajanja v antenatalnem, natalnem in postnatalnem obdobju novorojenca ter tako pomaga novemu bitju, da bo to najbolj nevarno obdobje v našem življenju preživel in tudi odrasel. Pri soustvarjanju zdravega naroda ima perinatalna medicina v celoti zelo pomembno vlogo, in to od načrto-

vanja družine, spremljanja nosečnosti ter poroda do pravilne oskrbe zdravega novorojenca in intenzivne nege ogroženega nedonošenčka ter bolnega novorojenčka.

Nosečnost je posebno obdobje življenja, za katero je značilna tesna povezanost materinega organizma, placente in ploda. Vplivom okolja, kamor sodijo tudi vplivi različnih kemičnih spojin (tudi zdravil), sta mati in plod praviloma enako izpostavljena. Pri zdravljenju matere moramo med nosečnostjo upoštevati tudi, da v vseh obdobjih nosečnosti organizma matere in ploda nista enako občutljiva za zdravila.

#### VPLIV ZDRAVIL NA MATER IN PLOD

Veda, ki proučuje vplive zdravil na mater in plod, se imenuje »gestacijska farmakologija«. Le-ta proučuje različna obdobja v nosečnosti (Knemmerle in sodelavci 1976).

Obdobje *embriogeneze* zajema prve 3 do 4 mesece nosečnosti. V tem obdobju lahko pride zaradi toksične okvare plodu do nastanka spačka.

Obdobje *fetalnega razvoja* oz. dozorevanja se začne med 12. in 16. tednom nosečnosti in traja do otrokovega rojstva. V tem času so plodovi organi lahko le toksično oškodovani, ne pride pa več do njihovega nenormalnega razvoja.

*Perinatalno* obdobje zajema zadnje dni in ure nosečnosti (prenatalno obdobje) in prve dni po rojstvu otroka (postnatalno obdobje).

Po porodu sta mati in otrok med dojenjem še tesno povezana in lahko zdravila z mlekom prehajajo iz matere v dojenčka. Zdravilo se porazdeli v nosečnosti po razdelkih matere (kri in tkivo) kakor tudi po razdelkih ploda, ki jih sestavljajo placenta, plod in amnijska tekočina. Zdravilo, ki pride po absorpciji v kri matere, se porazdeli bolj ali manj hitro med tkiva matere in »fetoplacentne enote«. Biološke membrane, ki ločujejo posamezne razdelke, so obenem tudi pregrade za prehajanje in porazdeljevanje zdravil v telesu matere in ploda. Potem ko se porazdeli zdravilo v centralnem razdelku krvne plazme, preteče vedno nekaj časa, preden se zdravilo porazdeli v tkiva matere in »fetoplacentne enote«. Pri zdravljenju matere je zato koncentracija nekaterih zdravil v plodu lahko višja, kot je koncentracija zdravila v krvi matere. Koncentracije nekega zdravila v telesu matere in v plodu torej ne potekajo časovno vedno vzporedno. S tem premikom v časovnem poteku koncentracijske krivulje zdravila med materjo in plodom lahko vsaj delno razložimo nekatere nepričakovane učinke zdravil na plod ali na novorojenčka.

Preden pride zdravilo v plod, prehaja skozi placentalne membrane. Skoraj vsa zdravila prehajajo skozi placento s procesom pasivne difuzije in je zato hitrost njihovega prehajanja odvisna od stopnje koncentracije, od topnosti zdravila v lipidnih in pa od površine placente, ki je primerna za transport zdravil.

Do sedaj ni uspelo dokazati, da bi bila placenta selektivno prepustna le za nekatera zdravila in lahko torej domnevamo, da za plod ni tako imenovanih »specifičnih zdravil«.

Zdravila se razgrajujejo v telesu predvsem v mikrosomih jeter, deloma pa jih razgrajujejo tudi drugi organi. Biološki pomen presnove telesu tujih spojin je

v tem, da se pri tem zdravila in druge kemične spojine postopno spreminjajo v derivate, ki so vedno topljivejši v vodi, kar naposled omogoča njihovo izločanje skozi ledvice. Pri tem nastajajo presnovki, ki so lahko biološko neučinkoviti ali pa zelo aktivni. Pri plodu že med 7. in 20. tednom gestacije zasledimo obstoj encimskega sistema za razgradnjo zdravil. Fetus ima ob rojstvu skoraj vse encime za presnovo zdravil, čeprav je njihova aktivnost manjša in znaša ca. 15—35 % dejavnosti odraslega.

Fiziološka funkcija placente je predvsem v prehranjevanju ploda. Skoraj vse spojine grede skozi placento v plod. Posteljica pa ima poleg te funkcije za plod še dodatno fiziološko funkcijo v tem, da ga delno varuje eksogenih spojin. Raziskave so pokazale, da ta presnovna sposobnost placente ščiti plod, ker placenta lahko razgrajuje nekatere spojine.

#### KAKO NA PLOD TOKSIČNO UČINKUJEJO ZDRAVILA, KI JIH JEMLJE MATI:

Zdravilo:	Delovanje na plod ali neonatus
Antihipertenzivi: Tiazidi: Ganglijski blokatorji Depresorji CŽ:	motnje ravnotežja elektrolitov, trombocitopenija, paralitični ileus.
Klorpromazin Narkotični analgetiki Lokalni analgetiki Talidomid Barbiturati Valium	retinopatija, depresija neonatusa, bradikardija, acidoza, anomalije skeleta, krvavenje pri neonatusu, sindrom respiratorne stiske, bradikardija, hipotermija.
Antimikrobna sredstva: Tetraciklini Penicilin (visoke koncentracije) Sulfonamidi	motnje v razvoju zob in kosti, konvulzije, hiperbilirubinemija.
Različno: Salicilati (aspirin) Kinin	krvavitve v neonatusu, trombocitopenija, gluhost.

V nosečnosti je pogosto nevarna kombinacija dveh ali več zdravil, ki jih mati prejema sočasno.

Poleg učinkovitosti in toksičnosti zdravila moramo poznati tudi toksičnost zdravila ali kemične spojine za potomstvo, kar imenujemo s skupnim imenom genotoksičnost.

Za vsako zdravilo moramo torej določiti kemično mutagenost, kancerogenost in teratogenost. Tragična izkušnja s Talidomidom je pozročila, da so se zelo poglabile raziskave o teratogenosti novih zdravil. Iz dosedanjih raziskav lahko povzamemo, da je edino varno, če žene v rodnem obdobju po nepotrebnem ne uživajo zdravil. Posebno nevarno je jemanje zdravil v prvem trimestru nosečnosti, čeprav je plod vso nosečnost v nevarnosti okvare. Žena, ki je noseča, naj ne jemlje zdravil, ki so v prosti prodaji danes zelo v navadi. Med spojinami, ki jih imamo na sumu, da okvarjajo plod, so kofein, nikotin in alkohol. V zad-

njem času se je pokazala tudi nevarnost displacentarne kancerogeneze. Opazili so, da so deklice v puberteti obbolele za karcinomom vagine, če so njihove matere v začetku nosečnosti dobivale dietilstilbestrol (Herbst in sodelavci 1972). Med nevarne kancerogene, ki so nevarni tudi plodu, sodijo nekatera zdravila in številne kemične spojine. Njihovo število je danes doseglo že število 1000.

Študij izločanja kemičnih spojin, med katere sodijo tudi zdravila, je postal posebno važen po eni strani zaradi problemov ostankov pesticidov in uporabe antibiotikov pri kravah, po drugi strani pa zaradi uporabe zdravil pri doječih materah. Številne spojine se izločajo z mlekom žena in krav, najdemo pa jih tudi v drugih telesnih ekstraktih ter njihovo izločanje praviloma precej dobro sledi kinetiki neionske difuzije. Med izjemami naj omenim le tetracikline, ki se izločajo v mleku krav v višji koncentraciji, kot jih najdemo v krvni plazmi.

Vsako zdravilo je lahko v določenih okoliščinah pogojno nevarno za človeški organizem. To še posebno velja za nekatere zelo učinkovite sodobne kemične snovi, pri katerih poleg njihovega zdravilnega delovanja v vse večji meri ugotavljamo, da lahko otroku povzročajo tudi funkcionalne, biokemične in strukturne okvare. Zato nam mora biti pri kateremkoli zdravljenju, še posebno v pediatriji, glavno vodilo »Primum non nocere«.

#### OKUŽBE Z MIKROORGANIZMI MED NOSEČNOSTJO IN PORAJANJEM

Prehod otroka iz intrauterinega v ekstrauterino življenje je izredno važen dogodek. Med življenjem v maternici plod ni zavarovan pred okužbami, ker posteljica prepušča različne mikroorganizme. Ob porajanju pa se okuži s klicami, ki so v materinih rodilih. Tudi zdravila, ki jih dobiva mati, pronikajo skozi posteljico, se kopičijo v plodovem tkivu in ga lahko oškodujejo. Po rojstvu so fiziološke sposobnosti novorojencev za presnovo zdravil omejene zaradi nezrelosti in je važna izbira antibiotika in pravičen odmerek zdravila, ki ga dajemo po pravilni poti. Okužba ploda je odvisna od vstopišča kužnega povzročitelja, načina razširitve okužbe pri materi in plodu in od patogenosti mikroorganizma. Med življenjem v maternici so najpogostnejše transplacentarne, hematogene okužbe z matere na plod, okužbe iz vnetnih žarišč v maternici ali posteljici so redkejše. Med porodom se plod okuži s klicami, ki prodrejo v plodovnico iz nožnice, ali z virusi, ki tiče v vratnem kanalu.

Po rojstvu je novorojenec prepuščen lastnim sposobnostim presnove zdravil. Ogrožen novorojenec nima v serumu za boj s hospitalnimi klicami niti pasivno prenesenih materinih protiteles. Tudi hranjenje novorojencev v porodnišnici z nadomestki za materino mleko preprečuje zdravo kolonizacijo črevesja z laktobacilom. Kolostrum vsebuje namreč številne makrofage in limfocite, ki tvorijo IgA in C-3, in tako kolostrum zvečuje tudi odporne sile novorojenca.

Novorojencu in nedonošenčku ne dajemo antibiotikov profilaktično, da bi ju za vsak primer zavarovali pred okužbo. Smrdeča plodovnica, prezgodnji razpok mehurja in dolgotrajni porod povečajo ogroženost plodu. Osamitev klic iz brisov popkovnice, rektuma, žrela, sluhovoda, kože, vek, omogoča smotrno zdravljenje po antibiogramu. Pri sumljivih in zlasti pri očitnih znamenjih okužbe pričnemo zdraviti novorojenca z antibiotiki in ne čakamo na osamitev klic. Vedno izberemo

baktericidni antibiotik in ga dajemo parenteralno. Pri novorojencu je pravilen odmerek zdravil, ki ga dajemo v pravilnem časovnem zaporedju in po pravilni poti zagotovilo, da se izognemo nevarnim komplikacijam, ki jih povzročajo funkcijska nezrelost. Smotrno zdravljenje okužb v perinatalni dobi pa znatno zmanjšuje obolevnost in smrtnost plodov in novorojencev.

Pravilna oskrba in učinkovito reanimiranje v porodni sobi ne potrebuje posebnega komentarja, zlasti če se zavedamo, da jih od skupnih novorojenčkov umre v 28 dneh po rojstvu kar polovica v prvih 24 urah, od tega pa zopet polovica zaradi motenj v pljučni ventilaciji, katere najpogostejši vzrok sta prenosnost in perinatalna asfiksija. Še bolj tragične od smrti pa so nekatere trajne posledice retardacija itd., ki jih prav tako povzroči perinatalna asfiksija. Mnoge od njenih vzrokov lahko odstranimo s pravilno oskrbo pred porodom, med njim in po njem. Zato moramo skrbeti, da ob rojstvu in takoj po njem otroku ohranimo temperaturo ter preprečimo aspiracijo sluzi. Pri otrocih, ki se rode v slabi kondiciji ali pa se jim po porodu hitro slabša, moramo imeti pripravljeno vse, da bomo otroku dovajali kisik, ga pravilno aspirirali ter po potrebi korigirali acidobazno ravnotežje in raven sladkorja. Prva oskrba deprimiranega novorojenčka takoj po porodu se ne razlikuje od tiste pri čilem rojenčku. Vsakega novorojenca postavimo v drenažni položaj, sledi aspiracija sluzi, in to najprej iz ustne votline in šele nato iz nosu. Tak vrstni red je pomemben zato, ker draženje nosu lahko reflektorno povzroči globok vdih in aspiracijo sluzi iz ustne votline. Enako učinkujejo tudi grobi periferni dražljaji. Grobe manipulacije lahko povzročijo reflektorno bradikardijo. Otrok začne takoj po porodu oddajati in izgubljati temperaturo, ohlaja se hitreje, dokler je moker. Ker skuša otrokov organizem nadomestiti izgubljeno temperaturo s povečanim metabolizmom, se zmanjšujejo energetske rezerve ter večja poraba kisika, kar je za deprimiranega otroka zlasti še, če ni donošen, lahko usodno. Vsakega rojenčka zato čimprej osušimo in ga pokrijemo, najbolje s segreto pleničko.

Statistične obdelave pri večjem kolektivu so pokazale, da klinični status po 5 minutah (petminutni apgar) bolje korelira s preživetjem in kasnejšimi nevrološkimi abnormalnostmi kot enominutni apgar. Ocenjevanje po Apgarjevi koristi le, če ocenjujemo vestno in ob določenem času. Predobro ocena otroku samo škoduje. Pri teže deprimiranem rojenčku prekinemo popkornico, tako da ostane krn dolg približno 10 cm. Popkornico pa poprej dobro pomolzemo, tako lahko rojenček dobi do 100 ml krvi, kar pomeni še del boja proti šoku, saj vemo, da je vsak teže deprimiran rojenček tudi v šoku.

Osrednje mesto v reanimaciji zavzema ventilacija. Polnjenje alveol s plinom, naraščajoča oksigenizacija in zmanjšana koncentracija  $\text{CO}_2$  v krvi, so namreč zaradi vazodilatacije pogoj za boljšo prekrvitev pljuč in padec pritiska v malem krvnem obtoku. Obratno pa se pri persistirajoči ali napredujoči hipoksiji z obilgato acidozo hitro zvišuje žilni upor, kar privede do takega porasta pritiska v malem krvnem obtoku, da persistira ali pa se ponovno vzpostavi desno-levi shunt. Prekrvitev pljuč se zmanjša. Posledica je še močnejša hipoksija, povečano kopičenje  $\text{CO}_2$  in porast kislih valenc.

Ventilirati pričnemo, če otrok po aspiraciji ne začne spontano dihati. Pri laže deprimiranih otrocih uporabimo sprva masko ali žrelni tubus, teže deprimirane

pa takoj intubiramo. Kadarkoli ventiliramo prek maske, moramo zaradi napihovanja želodca in nevarnosti aspiracije s katetrom posrkati vsebino želodca.

Ker vemo, da se po poskusih intubiranja, ki traja dlje kot 30 min, hipoksija bistveno stopnjuje, ne izgubljammo časa z neuspešnimi ponavljanji, ampak otroka pred naslednjim poskusom intubiranja ventilirajmo najmanj 2 minuti. Pri normalni nemoteni po porodni respiratorni in cirkulatorni adaptaciji zmore organizem rojenčka zadovoljivo izločiti kisle presnovke, ki se nakopičijo med porodom. V tej začetni fazi regulacije acidobaznega statusa igrajo ledvice le podrejeno vlogo. Kisle valence se v večji meri izločajo pri dihanju skozi pljuča. Pri deprimiranem, pri lažje ali težje acidotičnem plodu ti mehanizmi ne zadostujejo, posebno še, če je moteno dihanje. Tu moramo ob neprekinjeni ventilaciji in oksigenaciji pomagati otroku z izravnalci. Prednost dajemo bikarbonatu. To pa ni nadomestilo za ventilacijo oz. oksigenacijo. Otroku koristi le korekcija ob neprekinjeni ventilaciji. V okviru reanimacije je problematična masaža srca. Če je namreč zaradi hipoksije prenehalo delovati srce, organ, ki je najodpornejši proti pomanjkanju kisika, moramo vedno računati tudi s težkimi cerebralnimi okvarami. Včasih pride do reflektornega zastojanja srca tik pred porodom, npr. pri oteženem rojstvu ramen ali pri kompliciranem porajanju ploda v medenični vstavitvi. Če še malo pred porodom registramo plodove utripe, je srčna masaža občasno tako uspešna, da otrok nima kasnejših sekvel. V okviru primarne reanimacije uporabljamo občasno medikamente iz skupine vazodilatatorjev, vendar šele takrat, ko smo korigirali hipovolemijo. V rabi je predvsem Alupent.

Poleg vsega pa moramo, če želimo znižati še tisto umrljivost in obolevnost otrok, ki sta posledica poroda, posvetiti skrb tudi:

1. zgodnji diagnozi intraportalne ogroženosti ploda in preprečevanju rojstev predvsem huje deprimiranih otrok. Pri tem sta nam v veliko pomoč pehametrija in CTG;

2. taki organizaciji dela v porodni sobi, ki zagotavlja deprimiranemu rojenčku takojšnjo in ustrezno pomoč.

## HIPOGLIKEMIJA NOVOROJENČKOV

Zadnja leta pomeni h i p o g l i k e m i j a novorojenčkov predmet intenzivnih raziskav. Nejasna patogeneza celotnega dogajanja, ki v večini primerov poteka brez simptomov, in še nepoznane kasnejše nevrološke in psihične spremembe, ki jih pušča, so glavni vzrok za tolikšno zanimanje.

Regulacija ravni glukoze in kalcija poteka ves čas fetalnega življenja prek placente. Ob rojstvu je regulatorni mehanizem za obe substanci nezrel. Zdrav novorojenček kaže to nezrelost s hitrimi spremembami Ca in glukoze v plazmi v prvih dneh življenja. Stabilizacija nastopi šele v prvem do drugem tednu življenja.

Glukoza nepretrgoma prehaja skozi placento med nosečnostjo, tako da je v umbilikalni veni 70—80 % materine vrednosti. Ta predstavlja vir energije za plod. Glikogen se deponira v jetrih in srcu in ko se nosečnost bliža h koncu, doseže 3—7% teže jeter in 2—3% teže srca. To uskladiščenje postane hitro pomemben vir energije za delo takoj po rojstvu. Ta rezerva je labilna in že v intrauterini anoksiji se ta akumulacija zniža in se pred porodom razgradi. Pri normalnih po-

gojih je količina glukoze, ki doseže fetus, nezadostna, da bi provocirala izločanje fetalnega insulina. Ob porodu pa se poraba energije nenadoma poveča, toda dobava sladkorja je nenadoma prekinjena. Zato mora novorojenček zelo aktivirati svoje rezerve energije, da bi zaščitil svoj krvni sladkor. Hipoglikemija je kemično determinirana, če je raven proste glukoze v krvi pod 30 mg % pri donošenih novorojencih in pod 20 mg % pri novorojencih z nizko porodno težo v prvih treh dneh življenja.

Dokaz, da gre za hipoglikemijo in njeno klinično manifestacijo, je ugoden odgovor na terapijo z glukozo. Zato dajemo glukozo pri vseh novorojencih, kjer je raven glukoze pod 40 mg %.

Pri donošenih novorojencih se javlja hipoglikemija po nekaterih avtorjih v 14,4 % medtem ko se pri otrocih z nizko gestacijsko starostjo javlja v 59 %. Pri dismaturusih se javlja hipoglikemija v 19,4 %, kar si razlagamo s placentarno insuficienco. V 50% je vzrok hipoglikemiji nosečnostna toksikoza. Ker neonatalne hipoglikemije ne dajo vedno klinične simptomatike, je razumljivo, da se taki primeri v rutinskem delu ne diagnosticirajo. Simptomov, ki bi bili specifični za hipoglikemijo, ni. Otroci diabetičnih mater so lahko brez simptomov, čeprav je vrednost glukoze v prvih urah življenja pod 20 mg %. Otroci z nizko porodno težo so lahko tranzitorno hipoglikemični brez simptomov, toda simptomi se pojavijo, če nizka vrednost persistira. Simptomi, ki se pojavijo pri neonatalni hipoglikemiji, so: tremor, cianoza, apnoa, iregularno dihanje, apatija, odklanjanje hrane, značilen jok, konvulzije, obračanje oči, pareza.

Naj posvetim nekaj besed tudi načinu odvzema in določanja glukoze v krvi:

— kapilarna krvna glukoza je lahko nižja zaradi staze v ekstremiteti, posebno če je ekstremiteta toplejša,

— če kri dalj časa stoji, glikoliza zniža raven glukoze za 18 mg % v 100 ml na uro pri sobni temperaturi,

— uporabljati moramo specifično metodo za glukozo. Take metode so: Somogyi-Nelson, ortho-toulidin ali glukoza-oksidadna reakcija,

— destrostiks posebno v nevesčih rokah ni najboljša screening metoda, pogosto pa ga uporabljamo pri otrocih, ki so v obravnavi.

O hiperglikemiji govorimo, kadar so vrednosti višje od 125 mg % v prvih štirih urah po rojstvu.

Tudi v neonatologiji posvečamo zadnja leta vso pozornost preprečevanju obolenj, saj izkušnje kažejo, da sta zdravljenje in rehabilitacija prizadetih otrok manj učinkovita in za družbo mnogo dražja kakor pa preprečevanje obolenj. Študije so pokazale, da sodi približno 10—15 % vseh novorojenčkov glede na kasnejšo možgansko prizadetost v skupino zelo ogroženih. Z neonatalno intenzivno nego se ne borimo več le za znižanje smrtnosti, pač pa predvsem za znižanje obolevnosti ali za ohranitev zdravja. V neonatalnem obdobju nastajajo namreč možganske okvare često zaradi nepravilnega oživljanja, nepravilne terapije s kisikom, hipotermije in hipoglikemije ter hiperbilirubinemije in infekcije. Oskrba zelo ogroženih rojenčkov je običajno najbolj uspešna, če je neonatalni intenzivni oddelek v sklopu same porodnišnice, saj je tako transport do oddelka za intenzivno nego najkrajši. Pri maksimalno ogroženih novorojenčkih uporabljamo za intenzivno nego inkubatorje z avtomatsko kontrolo vitalnih funkcij. Kadar ni indicirana iz-

menjalna transfuzija, preprečujemo ikterus tako, da novorojenčka obsevamo z modro svetlobo. Pomembno je zgodnje ugotavljanje odklonov od normalnega razvoja ali pojava nevroloških okvar, kar nam omogoča zgodnjo terapijo in rehabilitacijo. Ne smemo pozabiti, da starši nujno potrebujejo stik z otrokom in da tudi otrok potrebuje čustveno toplino. Zato starši lahko obiskujejo svoje otroke na oddelkih za intenzivno nego pod istimi pogoji kot medicinsko osebje (obuvalo, umivanje rok, zaščitni plašč).

Naj zaključim z besedami prof. Lubčenkove, ki pravi: »*Skrbimo, da bo naš rojenček po rojstvu primerno topel, primerno oksigeniran in primerno sladek*«. Le tako bomo znatno pripomogli k višji ravni pozitivnega zdravja pri celotnem prebivalstvu. Potrebno je torej posvetiti vso pozornost problemom perinatalnega obdobja.

#### Literatura

1. Klaus and Fanaroff: Care of the high-risk neonate (1973).
2. F. Erjavec: Pregled novejših dognanj v perinatalni farmakologiji. Zdravstveno varstvo v perinatalni dobi, 3. zvezek (1977).
3. M. Erjavec: Neonatalna intenzivna nega. Zdrav. varstvo v perinatalni dobi, 1. zvezek (1977).
4. Z. Konjajev: Preprečevanje hospitalnih okužb. Zdrav. varstvo v perinatalni dobi, 1. zvezek (1977).
5. Stanka Krajnc-Simoneti: Spremná beseda. Zdrav. varstvo v perinatalni dobi, 1. zvezek (1977).
6. Božena Ser nec-Logar: Zdrav. varstvo v perinatalni dobi, 1. zvezek (1977).

---

#### STANJE NA PODROČJU VARSTVA PRI DELU

Čeprav se je v zadnjem času stanje na področju varstva pri delu izboljšalo, nastajajo z uvajanjem sodobne tehnologije, različnih novih tehnoloških postopkov in novih snovi nove nevarnosti za zdravje in življenje delavcev. Izostajanje z dela in invalidnost zaradi bolezni in poškodb je še vedno prevladujoč problem, ki terja poglobljeno in pospešeno reševanje. Varstvu pri delu in medicini dela je potrebno zagotoviti boljše objektivne možnosti za hitrejši kadrovski in materialni razvoj ter zaostriiti odgovornost vseh dejavnikov v združenem delu in na področju zdravstvenega varstva za njegovo uresničevanje.

Iz ekspezeja Zvoneta Dragana, podpredsednika izvršnega sveta na skupni seji zborov skupščine SR Slovenije, 27. julija 1978