

Săptămâna **MEDICALĂ**

Suplimente alimentare 100% naturale
din plante medicinale ayurvedice

DAITAB hipoglicemiant vegetal

- susține funcționarea pancreasului;
- benefic în terapia diabetului zaharat de tip II;
- stimulează refacerea celulelor beta-pancreatice.
- ajută în prevenirea complicațiilor diabetului: tulburări cardiovasculare, retinopatii, nefropatii, neuropatii;





Organizator:
Societatea Română de
Chirurgie Cardiovasculară

WWW.SRCCV.COM

SRCCV|2012

Al 8-lea
**Congres Național al
Societății Române de
Chirurgie Cardiovasculară**

Al 4-lea Simpozion al
Asistenților de Chirurgie
Cardiovasculară, ATI și
Circulație Extracorporeală

Manifestări însoțite de o expoziție
medicală specializată

20 - 23 septembrie 2012
Hotel Sport, Poiana Brașov



Management Congres:



Ralcom Medical este Divizia de Evenimente Medicale a companiei Ralcom Exhibitions srl
Str. Răspânditorilor 20A, 020548 București - 2, România Tel: +40 21 210 58 14, 210 65 40;
Fax: +40 21 212 27 02 registration@srccvcongres.ro • abstracts@srccvcongres.ro



Cum se poate reduce aglomerarea din spitale?

„Cheltuielile privind asistența medicală de urgență ar putea fi finanțate din bugetul de stat, însăcum să sumele colectate prin asigurările de sănătate nu acoperă în prezent pachetul de bază de servicii medicale” spune ministrul Sănătății Dr. Vasile Cepoi. Da, dar această soluție nu ar face decât să se ia banii dintr-un buzunar și să se bage în celălalt. Atât bugetul de stat cât și bugetul de asigurări de sănătate sunt tot bani publici, „banii contribuabilitelor” cum ne place să spunem. Dacă o parte din acești bani vor fi orientați înspre serviciile de urgență, ar fi pe de o parte un lucru bun, acestea ar avea finanțare, dar este clar că această operație s-ar face în detrimentul altor servicii (nu știm care, dar tot publice, pentru că nu îmi închipui că reglementatorii vor veni cu bani de-acasă).

Una dintre problemele asistenței medicale de urgență, supra-aglomerarea și a doua - subfinanțarea, ar putea fi rezolvate de cabinetele de medicină de familie, pentru că, știm destule situații în care, pe lângă pacienți în stare gravă și cazuri care realmente necesitau serviciu medical specializat, la spitale au ajuns și pacienți cu probleme minore. Sunt foarte multe cazuri care ar putea fi rezolvate de medicina primară, lucru care ar duce la descongestionarea și fluidizarea serviciilor spitalicești și la degrevarea de niște costuri specifice mult prea mari. Atribuțiile cabinetelor de medicină de familie ar trebui completeate și, eventual inițiate programe de instruire suplimentară (poate chiar în compartimentele CPU ale unor spitale cu tradiție în formare profesională).

În momentul de față, în multe cabinete de medicină de familie, asistentele medicale scriu rețete și țin registrele de pacienți, iar pentru un panariu sau o injecție intravenoasă, se face trimitere la spital. Este nevoie de un sistem de reglementare și de un control profesional riguros pentru astfel de situații. Se vorbește de mult de factori care ar scădea aglomerarea din spitale, precum asigurarea continuității asistenței medicale primare, depistarea precoce a unor boli cronice etc. Abia de aici, dacă lucrurile s-ar mișca, ar putea veni o reală economie la bugetul de asigurări de sănătate și la cel de stat.

Călin Mărcușanu

Cuprins

„Se impune crearea unor centre de excelență”	4
În ATI nu există rețete ci soluții individuale	6
Ce este cataracta secundară?	9
Insolată	10
Îngrijirea picioarelor în timpul verii	12
Importanța fierului în alimentația bebelușului	14
Cu bebe... vara în vacanță!	15
Apa este utilizată în scopul tratării diferitelor afecțiuni	16
Când este indicat să mă operez de colesterol?	18
Prevenirea tulburărilor de tranzit intestinal	20
Valoarea ecografică în depistarea precoce a displaziei luxante de sold ..	21
Operația fără durere - managementul perioperator	22
Hipertensiunea arterială (HTA)	24
Managementul riscurilor analgeziei epidurale la naștere	26
Individualizarea tratamentului la pacientul cu cancer de prostată ..	28
Kinetoterapia în afecțiunile coloanei vertebrale ..	30
Secolul XXI - secolul terapiilor țintite în terapia bolilor maligne (II)	32
Managementul sănătății salariaților ..	34

EDITOR



Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3,
sc. 3, parter, 030775, sector 3,

București

Tel: 021.321.61.23

Fax: 021.321.61.30

redactie@finwatch.ro

P.O. Box 4-124, 030775

Tiraj: 25.000 ex.

ISSN 2067-0508

Tipar: Tipografia Everest

„Se impune crearea unor centre de excelență”

Ce măsuri s-ar impune în practica medicală curentă în vederea unei mai bune comunicări între medic și pacient? Care sunt procedurile, în alte țări, care ar putea face și la noi să crească încrederea pacientului în actul medical? Care considerați că sunt cauzele ce îi determină pe unii medici să fie „reținuți” în a explica pacientului complicațiile care pot apărea și măsurile terapeutice pe care intenționează să le ia?

Întrebările pe care mi le puneți sunt extrem de complexe și se referă la aspecte atât de diferite încât spațiul alocat nu-mi va permite să le detaliez, iar omisiunile riscă să devină foarte importante.

Relația medic-pacient este o relație privilegiată, care constituie o parte importantă a tratamentului. Neglijarea ei este cauza multor reclamații la Colegiul Medicilor. Adevărul este că, uneori, medicii tratează cu un grad de superficialitate această problemă. Examinarea cu atenție a pacientului, explicarea problemelor de diagnostic, a variantelor terapeutice și, nu în ultimul rând, a rezultatelor probabile și a complicațiilor posibile cer timp și răbdare, iar acestea, dat fiind ritmul vieții secolului XXI, tind să fie minime.

Trebuie să remarc faptul că, sub presiunea amintării cu procese revendicative, în Europa Occidentală și în America de Nord, medicii acordă o grija deosebită acestor aspecte. Nicio intervenție chirurgicală nu se face fără ceea ce se numește consimțământul informat al pacientului. Acest consimțământ informat, în România, are de multe ori caracter formal. În mod corect, acest

consimțământ trebuie să se bazeze, cel puțin în specialitățile chirurgicale, pe o discuție calmă, într-un cadru adecvat, între pacient și medicul curant, în care acesta să explice toate detaliile legate de boala, de tratament și de rezultate. Pacientul trebuie să fie informat asupra tipului de anestezie care urmează să i se facă și asupra tuturor evenimentelor posibile în cursul spitalizării. Ideea mai veche de a nu speria pacientul, de a nu-i prezenta gravitatea bolii, este justificată doar în cazuri excepționale. În condițiile medicinei moderne și ale creșterii gradului de pregătire intelectuală a populației, este corect să informăm cât mai detaliat bolnavul asupra bolii sale și a tratamentului. Dacă echipa medicală este perceptă ca având un înalt grad de profesionalism, atunci și gradul de încredere al pacientului va crește foarte mult.

Ce politică promovează colegiul medicilor în ceea ce privește disper sia geografică a medicilor de familie? Dacă se merge pe criteriul demografic, cum se vor rezolva cazurile pacienților din zone depopulate și izolate?

Cred că acest lucru depășește preocupările Colegiului Medicilor. Rolul esențial în rezolvarea asistenței medicale în zonele deficitare îl au, pe de o parte, comunitățile locale, care trebuie să creeze condiții bune de desfășurare a activității medicale. Am exemplul unor centre din Franța și Germania, care, în scopul racolării de medici de familie, oferă condiții de practică medicală referitoare la înzestrarea cabinetului și asigură rezolvarea problemelor familiale. Alături de comunitatea locală, rolul ministerului, prin programe specializate, ar putea duce la crearea unor



Interviu cu **Prof. Dr. Fulger Lazar**,
Președinte Comitet Local de
Organizare Congres Național
de Chirurgie 2012



condiții în care unii medici să dorească să-și desfășoare activitatea în aceste zone.

Care este politica pe care o promovați în ceea ce privește dezvoltarea de centre de excelență, înțelegând prin acestea centre în care există medici înalt calificați pentru anumite intervenții chirurgicale? Pe măsura îngustării domeniului de abordare în chirurgia secolului XXI, pare să crească eficiența dezvoltării unor astfel de centre de excelență. Aș menționa cazul clinicii chirurgicale de la Spitalul Județean Timiș, care efectuează cu succes, în fiecare an, în jur de 160 de intervenții pe tiroidă la pacienți veniți din mai multe județe din țară. Poate fi o soluție dezvoltarea unor colective care să opereze și în Arad, Deva, Reșița etc., cu medici formați în clinica din Timișoara?

Aș cum am mai spus, centrele de excelență se constituie în serviciile chirurgicale cu volum mare în anumite domenii. În acest moment, în România, există numeroase clinici universitare în care preocupările colectivelor respective au făcut ca ele să devină centre de excelență. Aș menționa dintre acestea doar Clinica de Chirurgie a Spitalului Fundeni din București, condusă de prof. Irinel Popescu, centru de excelență în chirurgia hepatică și nu numai. În acest domeniu, colectivul clinicii realizează atât intervenții de exereză hepatică complexe, cât și transplantul hepatic, cu rezultate comparative obținute la nivel mondial.

În Timișoara, Clinica II de Chirurgie pe care o conduc are o mare experiență în chirurgia generală, acumulată sub conducerea predecesorilor mei, prof. dr. Ion Mureșan, prof. dr. Constantin Caloghera, prof. dr. Doru Bordos. Spațiul nu-mi este de ajuns pentru a prezenta realizările clinicii, dar informațiile suplimentare pot fi obținute pe site-ul chirurgietm.ro. Totuși, menționez că prin volumul mare de intervenții în chirurgia oncologică colorectală, gastrică, tiroidiană și a peretelui abdominal, clinica cumulează o experiență echivalentă cu cea a unui centru de excelență. Clinica II Chirurgie a devenit centru de excelență în chirurgia minim invazivă, având o experiență de peste 20 de ani. În acest interval s-au organizat cursuri de chirurgie laparoscopică experimentală, atât pentru inițiere cât și cursuri avansate. În activitatea curentă, în clinica noastră se practică de rutină o serie de intervenții laparoscopice avansate - chirurgia căilor biliare, chirurgia bariatrică, histerectomy lărgita, timectomia și splenectomy minim invazivă, chirurgia hiatusului esofagian și a joncțiunii esogastrice, chirurgia colorectală, urgențele abdominale etc.

În clinica noastră s-au instruit în permanență generații succese de medici rezidenți, dar și medici veniți la specializare în domenii mai înguste. Pe de altă parte, cred că ideea ca în toate spitalele să se facă chirurgie de mare anvergură nu este realistă, deoarece chirurgia modernă presupune un grad de dotare și experiență care face imposibil acest lucru. Cred că exemplul altor țări, în care există o ierarhizare de competență a spitalelor și, în raport cu asta, o ierarhizare și a competențelor chirurgicale, este un lucru util.

Din păcate, la nivel național nu este legiferat statutul unui centru de excelență și nici cadrul organizatoric și al criteriilor de obținere a acestui statut, acest lucru rămânând un deziderat

În ATI nu există rețete

**Interviu cu Prof. Dr. Dorel Săndesc,
președinte SRATI**



Vă rugăm să faceți o evaluare a evoluției specialității ATI în ultimele decenii în România. Practicile de anesteziere din clinicele românești sunt aceleași ca în străinătate?

Anestezia-Terapia Intensivă a înregistrat o evoluție fulminantă în decursul unei singure generații; pentru că, maeștrii noștri, creatorii anesteziei în România, au dus această specialitate de la stadiul ei inițial - în care anestezia însemna doar o mască și un tifon îmbibat în substanță volatilă, până la nivelul foarte tehnologizat de azi, când se utilizează un arsenal extraordinar de complex de aparatură și echipamente medicale, ca și o vastă farmacologie specifică. Această evoluție a făcut posibile progre-

sele tuturor specialităților chirurgicale, care și-au dezvoltat tehniciile operatorii în condiții de confort asigurate de ATI, putând aborda cazuri din ce în ce mai complexe. Serviciile de terapie intensivă moderne au determinat o schimbare radicală a modului de abordare a pacienților critici, ameliorând spectaculos prognosticul acestor cazuri și împingând practic limitele medicinii clinice la niveluri de nebănuite cu puține decenii în urmă.

Din fericire, ATI-ul românesc a urmat tendința, astfel că, în prezent, din punct de vedere educațional, legislativ și academic, școala românească de ATI este racordată deplin la standardele țărilor dezvoltate. ATI-ul este singura specialitate din România care a adoptat oficial, la inițiativa Societății Române de ATI (SRATI), examenul scris pentru Diploma Europeană de ATI, ca parte a examenului pentru obținerea titlului de medic specialist. Plicurile cu întrebările de examen vin și sunt corectate la Bruxelles, iar medicul ATI român are șansa să primească, odată cu titlul de medic specialist, și Diploma Europeană; suntem mândri că rezultatele pe țară ale României ne clasează pe un loc onorabil, undeva la nivelul unor țări ca Belgia și Norvegia și deasupra a multe alte țări europene mai dezvoltate decât noi, iar aceasta nu este desigur decât o confirmare a valorii școlii medicale românești de ATI. Din punctul de vedere al dotării cu aparatură și echipamente specifice, există desigur un deficit important. SRATI a realizat un Program Național de dotare a secțiilor ATI, care a fost aprobat de Ministerul Sănătății ce a permis atingerea, cel puțin în câteva dintre centrele mari, a unui nivel comparabil cu cel din țările dezvoltate.

Ce progrese se așteaptă de la ATI? Până unde se poate merge cu preluarea funcțiilor unui pacient, cu durata anestezii totale, cu reducerea durerilor de după ieșirea din anestezie?

ci soluții individuale

ATI are ca principal obiectiv siguranța pacientului. În ciuda progreselor incontestabile ale medicinii moderne, siguranța pacientului rămâne un subiect de actualitate, care preocupa comunitatea medicală internațională. Anestezia trebuie să devină domeniul medicinii clinice caracterizat de unul dintre cele mai înalte grade de siguranță și, prin acesta, un promotor și exemplu pentru celelalte specialități.

Pe de altă parte, ATI-ul suscătă un interes deosebit din perspectiva unor preocupări mai largi, care excede cadrul medical. O serie de filozofi și gânditori consideră, de exemplu, că anestezia ar putea fi cea mai importantă descoperire a umanității, pentru că, prin interferență cu starea de conștiință și conștiință, ar putea ajuta la elucidarea unuia dintre cele mai mari mistere – conștiința umană. Situațiile-limită care caracterizează specialitatea ATI (resuscitarea cardiorespiratorie și stările postresuscitare, stările de moarte clinică, moartea cerebrală, prelevarea de organe, comele prelungite, tratamentul stărilor terminale etc.) sunt de natură să devină triggerul unor dezbateri profunde, la nivel individual și colectiv.

Medicul ATI se află lângă bolnav în cele mai grele momente ale sale, când practic se zbate între viață și moarte. Dar, chiar și în acele momente, moralul medicului trebuie să rămână de neclintit și tensiunea generată de stările critice ale pacienților să o depășească cu un calm și profesionalism desăvârșit. Această duritate este o chestiune de structură sau se cultivă?

Da, le spun totdeauna studenților și rezidenților mei, în prima oră de curs, că ATI este cea mai dură, cea mai stresantă, cea mai mizerabilă, cea mai consumativă profesie din lume, și este adevarat. Visul oricărui student la Medicină, de a lăvra viață și sănătate cu zâmbetul pe buze, senină

și imaculată în albul uniformei sale, este departe de realitate. Mediul nostru de viață este sângele, transpirația pacienților, secrețiile umane în forma lor patologică, un mediu saturat de suferință și prea des de duhul morții. Dar, este adevărat că tot aici bate și un vânt al speranței și da, de multe ori, câștigăm în lupta perpetuă cu moarte, la propriu, nemetaforic vorbind; de multe ori suntem martorii sau coautorii unor adevărate minuni, când simți puterea Dumnezeirii și nu poți decât să mulțumești că ești și tu parte din aşa ceva. Toate acestea sunt, pentru unii, cei mai mulți, rațiuni de a evita ATI-ul, dar, pentru alții motive să urmeze această specialitate!

Cum apreciați condiția profesională a medicului ATI din România în comparație cu a omologilor din Vest, pentru că, în calitatea pe care o aveți, de președinte al Societății Române de ATI, sunt convins că puteți avea o vedere de ansamblu destul de obiectivă. Medicul ATI din România poate lucra în străinătate?

În acest subiect răspunsurile sunt foarte simple și clare, didactice aproape și susținute de realitate: - Da, medicul român de ATI, ca și din alte specialități, este deplin compatibil cu sistemele de sănătate din țările dezvoltate și a devenit soluția ideală, preferată de cele mai multe dintre ele; Nu, sistemul sanitar românesc nu este compatibil cu sistemele moderne și total nedrept cu medicii români, ceea ce are un efect dramatic asupra sănătății poporului român, cel puțin pe două direcții: nu valorifică potențialul profesional deosebit al medicilor români și determină fenomenul grav al „hemoragiei” de profesioniști spre Vest. Sistemul sanitar românesc pare să fie el însuși anesteziat și incapabil să se „trezească”, aflat într-o comă prelungită, și în a cărei reversibilitate tot mai puțini speră...

Știu că ați făcut parte, de multe ori, din echipe medicale care au realizat prelevări de organe. Ce mai trebuie făcut pentru ca prelevarea și donarea de organe să devină o rutină? Ce probleme ar fi? Medicale, legislative, de organizare interspitalicească? O bancă de organe la nivel teritorial sau național?

Este un subiect amplu și complex, care ar necesita un spațiu adecvat pentru a fi abordat corespunzător. Eu cred că s-au făcut pași importanți în România în ultimii ani, inclusiv pe plan legislativ, organizatoric și finanțier, iar elementele esențiale ale progresului în acest domeniu ar fi: informarea adecvată a populației, un rol esențial aici avându-l mass-media, comunitatea medicală, biserică, societatea civilă etc., apoi susținerea organizatorică și finanțieră adecvată din partea autorităților.

Când recomandați anestezie generală și când locală? Mai există astăzi riscul ca pacientul să nu se mai trezească? Dar am auzit de cazuri în care pacientul s-a trezit în mijlocul operației, adică anestezia nu a prins. Am înțeles că în străinătate, uneori, se face anestezie generală și la dentist.

Arsenalul de tehnici anestezice, ca și cel al medicamentelor disponibile este în prezent atât de vast încât permite alegerea anesteziei celei mai potrivite cu intervenția chirurgicală sau diagnostică necesară, dar și cu starea clinică generală a pacientului. Așadar, nu există rețete fixe, ci soluții individuale, adaptate situației clinice. Da, anestezia își găsește locul în tot mai multe domenii ale medicinei, inclusiv în medicina dentară, fie datorită unor particularități ale intervențiilor chirurgicale (intervenții laborioa-



se, traumatizante, teren debilitat al pacientului etc.), fie datorită dorinței pacientului de a fi ferit de stresul intervenției pe viu.

Desigur că unele complicații din cauza anesteziei sunt în continuare posibile, dar trebuie precizat că rata acestora a scăzut foarte mult, anestezia fiind prin excelență un domeniu caracterizat de siguranță.

Aveți foarte multe aprecieri ale unor personalități publice, care poate v-au fost pacienți sau colegi de breaslă, sau v-au cunoscut ca om, nu ca medic. Care au fost cazuile dumneavoastră cele mai grele? Aveți și momente când sunteți un medic fericit?

Într-o specialitate ca a noastră e foarte greu să spui care au fost cazuile cele mai grele, pentru că TOATE cazuile intrate în secția ATI au comun un lucru: sunt foarte grele, sunt cele mai grave cazuri din spital, pacienți se află în pericol de moarte, iar când tratezi acești pacienți nu mai contează ce titlu sau funcție au în viața lor profesională sau socială. În fata morții acest lucru nu mai contează. După cum nu contează nici relația de prietenie; da, am câțiva prieteni care sunt „personalități publice”, dar în zona magică a prieteniei această categorisire dispare, aceste titluri, ale lor și ale mele, cad ca niște haine ponosite și inutile.

Mă întrebăți dacă sunt momente când sunt fericiți ca medic și mi se pare o întrebare ciudată; eu cred că această meserie oferă unui om cel mai mare motiv de fericire: acela de a putea face bine, de a ajuta, de a salva viața semenilor săi; trebuie să fii prea bolnav de egoism pentru ca acesta să nu fie un motiv suficient de a fi fericit. Și asta îmi amintește de un memorabil gând al lui Dostoevski, și cu care aş vrea să închei, care mi-a marcat viața, cu atât mai mult cu cât scriitorul a fost un om care a avut atât de suferit: „Oamenii sunt nefericiti pentru că nu știu că sunt fericiți”.

Ce este cataracta secundară?

Cataracta secundară este una dintre cele mai frecvente complicații ale chirurgiei cataractei (la 1 din 4 pacienți în primii 5 ani de la operație). De obicei apare în intervalul de la câteva săptămâni până la câțiva ani de la operația de cataractă, dar și după extractia cristalinului transparent (fără cataractă) în scop refractiv (Refractive Lens Exchange - RLE).

In timpul operației de cataractă/RLE, stratul extern al cristalinului natural sau sacul cristalinian rămâne pe poziția sa anatomică în scopul implantării cristalinului artificial. Cataracta secundară reprezintă opacificarea acestui sac cristalinian, în zona sa posterioară. Pacientul observă o scădere a acuității vizuale, pe care în general o descrie ca vedere "în ceată", la fel cum era și anterior operației de cataractă.

La pacienții care au fost supuși unei intervenții chirurgicale de înlocuire a cristalinului în scop refractiv și care sunt, în marea lor majoritate, mai tineri comparativ cu pacienții operați de cataractă, această complicație survine mai devreme, ca urmare a unei reactivități mai mari a organismului tânăr.

Tratamentul cataractei secundare

Se face cu ajutorul laser-ului Neodinum YAG. Este o procedură scurtă, nedureroasă, care se realizează în cabinetul de oftalmologie. Nu este necesară incizie sau anestezie loco-regională ca și în cazul operației de cataractă/RLE. De obicei, pentru confortul pacientului se instilează un anestezic topic (picături de anestezic). Trebuie realizată dilatarea pupilei (midriaza) înaintea

tratamentului laser.

laser-ul YAG realizează o breșă în sacul cristalinian chiar în aria pupilară, permisând luminii să ajungă la nivelul retinei la dimensiunile normale. Procedura durează maximum 5 minute, timp în care se realizează câteva impacturi cu laser-ul în sacul cristalinian; în urma tratamentului, pacientul nu va avea nicio restricție. Uneori pacienții pot percepă prezența unor scânteie sau "muscule volante" în câmpul vizual, care însă dispar într-un interval scurt de timp.

Întrucât laser-ul induce o ușoară inflamație, respectiv o creștere moderată și tranzitorie a presiunii intraoculare, se recomandă un tratament corespunzător cu antiinflamatoare și hipotensoare oculare, administrate fie topic (coliruri), fie pe cale generală (orală). Alte rare, dar totuși posibile, complicații care pot surveni în urma acestui tratament sunt reprezentate de: edemul cornean, edemul macular, decolarea de retină (un caz la 50 de pacienți), sângerări intraoculare la nivelul polului anterior, deplasarea sau mici distrugeri ale cristalinului artificial.

Laser-ul YAG

Este considerat a fi cea mai bună metodă de îndepărțare a cataractei secundare. Momentul când trebuie efectuat acest tratament trebuie decis de medicul oftalmolog, în concordanță cu nevoile pacientului – dacă acesta consideră că acuitatea vizuală i-a înregistrat o scădere importantă și îi influențează viața de zi cu zi .

*Dr. Miruna Nicolae
medic specialist oftalmolog
doctorand în științe medicale*

Insolația

Există un număr mare de „boli cauzate de căldură”, dintre care amintim:

1. Insolația - creșterea temperaturii corpului până la 41,1 grade Celsius din cauza expunerii la călduri mari asociate cu lipsa de termoreglare a organismului.
2. Epuizarea din cauza căldurii - poate fi un rezultat al insolației; simptomele includ transpirație excesivă, dispnee, puls rapid.
3. Epuizarea sincopă - leșin ca rezultat al căldurii excesive. Sincopă - încetarea subită (momentană sau definitivă) a funcției inimii, cu înterruperea respirației, pierderea sensibilității și a mișcărilor voluntare.
4. Crampele cauzate de căldură - crampele musculare sau spasmele care se produc în timpul exercițiilor fizice în căldură toridă.
5. Iritația pielii cauzată de căldură - se produce din cauza transpirației excesive.

Ce este insolația?

Insolația reprezintă o formă de hipertermie, o creștere anormală a temperaturii corpului (până la 41,1 grade Celsius), acompaniată de simptome psihice care includ schimbări în sistemul nervos. Corpul uman generează căldură ca rezultat al metabolismului și, de obicei, este capabil să disipeze excesul de căldură prin transpirație. Insolația însă este o urgență medicală care poate fi fatală dacă nu este tratată prompt și adekvat. Când temperatura săngelui crește peste nivelurile normale, un centru de control din creier (hipotalamusul) dă semnale către sistemul circulator, pentru a crește circulația săngelui și a dilata vasele de sânge din piele. Cu cât săngele curge mai mult prin vasele dilatate, excesul de căldură

din sânge se pierde. Dacă acest mecanism nu e suficient pentru a răci săngele, glandele sudori-pare încep să producă transpirația, care răcește pielea prin evaporare. Totuși, dacă temperatura aerului din mediul înconjurător este foarte mare, săngele ar putea să nu facă față singur și să nu scadă temperatura corpului; astfel, când se pierd prea multe fluide din organism, debitul săngelui scade și temperatura corpului crește.

Medicamentele pot interfera cu reglarea temperaturii în corp. Unele dintre acesta, la care trebuie să avem grijă, sunt:

- medicamente gastro-intestinale care conțin atropină, butil-scopolamina,
- antidepresive/antipsihotice: haloperidol, fluoxetina (Fluoxin, Prozac),
- antihistaminice: difenhidramina,
- beta-blocante,
- diuretice: clorotiazida,
- medicamentele pentru Parkinson.

Categoriile cele mai expuse la riscul de insolație sunt: copiii, vârstnicii (la care se asociază și alte afecțiuni - precum bolile de inimă, de rinichi - și care, prin urmare, sunt mai vulnerabili la deshidratare și insolație), atleții și persoanele care lucrează afară în soare.

Sимптомы и симптомы инсоляции

Sимптомы инсоляции се пот асемана са симптомите на инфаркт. Същевременно, човек може да има симптоми на измора, причинени от горещина. Важно е да се обръща внимание на симптомите на инсоляцията, за да се предотвратят опасни последствия.

Simptomele insolației pot fi următoarele:

- temperatura corpului crește (totuși, unele persoane pot dezvolta simptome ale insolației rapid și neașteptat, fără să se încălzească în prealabil);
- absenta transpirației, cu piele roșie și uscată;
- creșterea pulsului; dificultăți în respirație;
- comportament ciudat; halucinații;
- confuzie; agitație;dezorientare.

Insolația la copii

Riscul cel mai mare de a face insolație îl prezintă copiii și bătrâni. Pe lângă insolația apărută în urma expunerii la soare, copiii mai pot suferi insolații dacă sunt lăsați nesupravegheați în mașină, deoarece temperaturile dintr-o mașină pot crește periculos de mult, chiar dacă afară nu este foarte cald. Foarte rar, bebeluși au murit de insolație când au fost prea înfoliți în pătușurile lor. Este foarte important ca părinții să înțeleagă pericolul la care este expus copilul când este lăsat nesupravegheat în mașină. Mașinile ar trebui să fie închise când nu se folosesc, pentru a nu risca să intre copilul și să rămână blocat. De asemenea, mai pot rămâne închise în mașină persoane în vîrstă, persoane cu dizabilități sau animale de companie (pisici, câini etc). Animalele de companie pot face insolație mai repede decât oamenii, deoarece nu pot transpira la fel de mult ca și noi. Temperatura din mașini poate crește până la 93 grade Celsius!!!

Măsuri de prim ajutor în caz de insolație

Persoanele cu insolație trebuie să fie tratate imediat, pentru a se evita producerea unor daune asupra organelor interne - rinichi, ficat, inimă. Scăderea temperaturii pacientului este un prim pas urgent în tratamentul insolației.

Duceți victimă într-o încăpere răcoroasă, dați-i jos hainele, udați-o cu apă rece, ventilați astfel încât să transpire și punetă-i pachete de gheată sub braț și în zona inghinală!

Dacă persoana este capabilă să bea lichide, dați-i să bea apă rece, nu băuturi care să conțină alcool sau cofeină! Hidratarea pacientului este absolut necesară!

Monitorizați temperatura corpului cu un termometru și continuați răcirea până când temperatura corpului ajunge la 38,3-38,8 grade C. Masați extremitățile (picioarele și mâinile) pentru ca săngele rece să se întoarcă la creier.

Nu înfășurați persoana în prosoape/haine umede decât dacă le schimbați permanent, deoarece corpul le va încălzi repede și astfel temperatura corpului nu va scădea!

Întotdeauna anunțați serviciile de urgență 112! Dacă întârzie, pot să vă dea instrucțiuni prin telefon astfel încât să ajutați pacientul cât mai corect.

Măsuri de prevenire a insolației

Cea mai importantă măsură de prevenire a insolației este evitarea deshidratării și a activității fizice în căldură.

Dacă totuși trebuie să desfășurați o activitate fizică afară când este căldură mare, beți multă apă și băuturi speciale pentru sportivi (cu electrolizi și săruri de rehidratare)! Evitați alcoolul, cafeaua și ceaiul (duc la deshidratare)!

Faceți pauze frecvente pentru hidratare! Un bun indicator în acest sens poate fi culoarea urinei. O culoare galbenă închisă spre negru indică deshidratarea.

Purtând haine largi, ușoare, permiteți ca transpirația să se evapore și astfel corpul se răcește. Pălăriile viu colorate țin soarele departe de cap și blochează radiațiile să afecteze ochii; orificiile de ventilație din pălării permit transpirației să răcorească pielea capul.

Puteți preveni hipertermia punându-vă un prosop umed pe umeri și pe gât, mai degrabă decât să vă acoperiți capul cu o haină.

Atunci când afară este foarte cald, evitați consumul grăsimilor, al mâncărurilor grase, cu colesterol ridicat! Stați cât mai mult în casă! Folosiți ventilatoarele și aerul condiționat, dar cu moderăție, și nu setați o diferență foarte mare de temperatură față de cea de afară.

Îngrijirea picioarelor

Zaro Florina

Asistent de Farmacie

www.farmacia3.ro

„Răsplătește-ți picioarele și îți vei răsplăti întregul corp, pentru că, cu cât picioarele tale se simt mai bine, cu atât mai bine te vei simți și tu!”

Ne aflăm permanent în mișcare și, cu toate astea, uităm aproape constant să îngrijim cea mai trudită parte a trupului nostru: picioarele! Mai ales vara, ne confruntăm cu deshidratarea pielii, picioare obosite și umflate, piele întărită din cauza prafului cu care venim în contact pe stradă, a transpirației și a expunerii în exces la soare.

La fel ca și mâinile, picioarele noastre au nevoie de o îngrijire permanentă și specială în timpul verii. Folosirea unor pudre sau sprayuri antiperspirante pentru picioare și călcâie, precum și a unor creme hidratante bogate în vitaminele A și E este esențială. De asemenea, pentru picioare cât mai sănătoase este indicată folosirea încălțămintei din piele, bine aerisită, cu tocuri nu prea înalte, ciorapi din bumbac. Încălțămintea în care transpirăm trebuie schimbată măcar o dată la două zile, pentru a-i lăsa timp să se usuce foarte bine.

Pentru o îngrijire completă a picioarelor este recomandabil să:

- spălați picioarele de câteva ori pe zi cu apă și săpun, apoi să le ștergeți bine cu un prosop, in-



sistând asupra zonelor dintre degete!

- pentru hidratare și relaxare, e bine să introduceti picioarele într-un vas cu apă călduță timp de 10-15 minute; în apă puteți adăuga o jumătate de cană de miere și un sfert de cană de ulei de măslini: mierea are proprietăți antiseptice, iar uleiul de măslini are efect puternic hidratant, în timp ce temperatura apei ameliorează senzația de oboseală a picioarelor.

- exfoliați pielea picioarelor, cu regularitate, de două ori pe săptămână! Folosiți o piatrăponce și un exfoliant pe bază de sare de mare, pentru a îndepărta pielea moartă și bătăturile!

- tratați călcâiele crăpate! Acestea nu sunt doar inestetice, ci reprezintă și un pericol pentru sănătate, fiind un loc preferat de intrare în organism a agențiilor patogeni; pentru crăpăturile superficiale există în farmacii numeroase produse care ajută la vindecarea acestora. Solicitați sfatul personalului de specialitate!

- dacă aveți, de obicei, probleme cu transpirația picioarelor, puteți fi siguri că aceste probleme se vor agrava în lunile de vară. Chiar dacă purtați încălțămintă deschisă, care permite evaporarea transpirației, nu uitați să folosiți o pudră antiperspirantă sau un spray special pentru picioare, care va îndepărta cu succes și mirosurile neplăcute!

Îngrijiri necesare pentru probleme specifice zonei picioarelor, cum ar fi:

Micoze: umiditatea în combinație cu praful, bacteriile și căldura favorizează apariția infecțiilor fungice, precum „piciorul atletului” (o boală cutanată localizată între degetele de la picioare,

În timpul verii



caracterizată prin fisuri, iritații, mâncărimi și crăpaturi).

Bătături: de cele mai multe ori, din cauza încălțămintei prea strâmte și a tocilor prea înalte, pielea se îngroașă foarte tare în spatele articulațiilor degetelor, formându-se astfel bătăturile.

Unghii încarnate: cauzate de creșterea marginilor laterale ale unghiilor în țesuturile moi din jurul lor, acestea pot fi tratate cu produse antisepice și pedichiură specializată.

Există și produse naturale (chiar și organice) care ajută la îngrijirea picioarelor, prin uleiurile naturale esențiale din conținutul lor, uleiuri precum cel de tea tree sau manuka (arborele de ceai din Australia, respectiv Noua Zeelandă), cu proprietăți antisepice și antibacteriene dovedite. Ele sunt utile și pentru combaterea micozelor (ciupercilor), dar sunt adecvate și pentru îngrijirea complementară a picioarelor persoanelor diabetice. Alte ingrediente, precum Aloe Vera, uleiul de mentă sau uleiul de măslini sau floarea soarelui revitalizează și hidratează. Aceste produse pentru îngrijirea picioarelor pot fi folosite cu succes și după sport, înot sau sauna.

Concluzie

Indiferent de varianta aleasă, este foarte important să asigurăm o îngrijire adecvată și constantă picioarelor noastre, în special în timpul verii. Făcând acest lucru, ne menținem picioarele sănătoase un timp îndelungat. Să nu uităm faptul că întotdeauna este mai bine și mai ușor să prevenim decât să tratăm piciorul bolnav!

Importanța fierului în alimentația bebelușului

Dragi mămici,

Cred că știți că fierul este esențial atât pentru copii cât și pentru adulți. Importanța sa constă în rolul decisiv de a transporta oxigenul de la plă-mâni la organe și țesuturi, mai ales la creier.

Administrarea preparatelor de fier mamei în timpul sarcinii asigură dezvoltarea armonioasă a copilului și formarea depozitelor de fier.

La naștere, depozitul de fier este suficient pentru primele 3-6 luni de viață. Laptele de mamă furnizează o cantitate de fier de calitate maximă, dar insuficientă și, de aceea, este bine ca mamele să alăpteze copiii minimum 6 luni și ideal până la 1 an. Totodată, în funcție de particularități, trebuie administrată copilului o cantitate de fier începând cu vîrstă de 3-6 luni.

Perioada de până la 3 ani este esențială pentru dezvoltarea fizică și cognitivă a copilului. La vîrstă de 1 an, un copil are nevoie de fier de 3 ori mai mult decât un adult.

Fierul este esențial pentru :

- formarea hemoglobinei,
- transportul oxigenului prin sânge către organele și țesuturile vitale ale organismului,
- activitatea sistemului imunitar,
- dezvoltarea creierului în cazul copiilor

Deficiența de fier poate duce la anemie feriprivă, care este asociată cu diverse alte disfuncții, precum afectarea capacitații de învățare și apariția tulburărilor de comportament.

Primele semne ale carenței de fier sunt :

oboseală, irascibilitate, insomnie, apatie, reactivitate scăzută, paloare.

De asemenea, fierul poate crește sensibilitatea la infecții, având un rol important în funcționarea optimă a sistemului imunitar.

Regula de bază în prevenirea anemiei este reprezentată de alimentația echilibrată și diversificarea corectă:

- alăptare exclusivă până la 6 luni;
- întârzierea introducerii laptelui de vacă drept aliment principal până după vîrstă de 3 ani;
- în cazul copiilor care nu mai sunt alăptați, se recomandă folosirea unei formule de lapte îmbogățită cu fier, cu un consum minim de 500 ml pe zi;
- meniu bogat în alimente de origine animală (fișat, carne pui, vită, pește, gălbenuș de ou) asociate cu legume, fructe (pentru conținutul crescut de vitamina C, care potențează absorbția fierului).

Alimentația diversificată oferă numeroase surse bogate în fier:

- carnea roșie,
- carnea de pasăre,
- linte, fasolea,
- legumele cu frunze, mazărea,
- pâinea și cerealele fortificate.

La fel de importantă este absorbția fierului, care poate fi influențată de factori externi: vitamina C crește absorbția fierului, aceeași influență având-o și vitamina A și cuprul conținut în unele alimente. Să nu uităm o regulă de bază: deficiența de fier este mai ușor de prevenit decât de tratat!



Cu bebe... vara în vacanță!

Nu este recomandabil să porniți la drum dacă bebe este răcit!

Dacă plecați în vacanță, un weekend sau o săptămână, în primul rând, trebuie să va gândiți la siguranța copilului: este obligatoriu să aveți un scaun de mașină special pentru copil, deoarece nu trebuie să stea la dumneavoastră în brațe!

Chiar dacă drumul până destinație nu este lung, gândiți-vă de ce lucruri ar avea nevoie bebelușul pe parcursul drumului și faceți un mic bagaj pe care să îl aveți la îndemână. Iată o sugestie de listă generală, nu exhaustivă, cu lucrurile de care aveți nevoie pentru bebe: Hănuțele trebuie alese cu grija, în funcție de destinație. Ideal este să aveți 2-3 schimburi pentru fiecare zi, și mai subțiri și mai grosuți, pentru că nu știm niciodată ce surprize ne rezervă vremea. Nu uitați de body-uri, bluze cu mâncă scurtă și pantaloni scurți, bluză cu mâncă lungă și pantaloni lungi, ciorapi, căciulițe subțiri, pătură, sac de dormit, cearșaf, pernița lui bebe; pălării de soare, ochelari de soare (dacă e cazul), sandale și ghete.

Pentru masa lui bebe vei avea nevoie, în funcție de varsta lui, de următoarele:

bavetici, sterilizator pentru biberoane; lapte praf; apă plată; biberoane, tetină și capac; cereale; dacă mânâncă mâncare din borcânele, atunci aveți nevoie de mai multe sortimente, pentru masa de dimineață, prânz și seara; biscuiți; ceai; castroane, farfurioare, căniță și lingurițe; ibric, fierbător, perie pentru biberoane și un detergent sau săpun special (ideal ar fi să alegeti varianta organică), geantă frigorifică pentru drum;

Dacă bebe e deja mai măricel, poate mâncă din mâncarea voastră, dar atenție la alimentele cu potențial alergen și aveți grija ca totul să fie cât mai proaspăt! Nu uitați de spălatul pe mâini!

Nu uita de importanța hidratării celui mic și a voastră, mai ales atunci când afară este foarte cald!

Pentru igiena bebelușului aveți nevoie de:

scutece, șervețele umede, șervețele uscate, prosop și halat dacă mergeți la mare, pătură specială pentru schimbatul bebelușului, cremă împotriva iritațiilor fundelului, gel de duș, săpun lichid, şampon, creme sau uleiuri pentru hidratarea pielii bebelușului bețisoare pentru urechi, un spray cu apă termală, foarfe potrivit pentru răcorire și împrospătare, cremă pentru protecția solară cu FPS ridicat (se recomanda FPS 50+), spray sau lotiune împotriva Tânărăilor, căpușelor și altor insecte.

Oricare ar fi destinația voastră, foarte importantă este trusa medicală, care trebuie să conțină următoarele produse, pe care le găsiți în farmacii: un termometru, pompiță pentru nas și ser fiziologic, supozitoare sau sirop contra febrei, antidiareice și săruri de rehidratare + un produs probiotic special pentru bebeluși, vigantol, vitamine sau alte suplimente pe care medicul pediatru îl le-a recomandat pentru bebe, spirt și apă oxigenată.

Nu uitați: jucările (mai ales cele cu care bebe să a obișnuit să doarmă), port Suzetă și Suzetă (dacă e cazul), pătuțul, căruciorul + umbrela, care se atașează la cărucior și plasa de protecție împotriva insectelor (dacă nu aveți aşa ceva în dotarea căruciorului, puteti lua un cearceaf subțire); portbebe, în cazul în care doriți să vizitați anumite obiective turistice împreună cu bebe!

În speranță că această listă vă va fi de ajutor, vă dorim să aveți parte de o vacanță liniștită și plăcută împreună cu cei mici!

Farmacist Adina Mutu, www.farmacia3.ro

Sursa: www.parinti.com și www.babyonline.com

Apa este utilizată în scopul



Dr. Georgiana Tache
Med. pr. fizioterapie, recuperare medicală, Dr. șt. medicale
Tel. 0723.626.289

Folosirea apei în scopul tratării diferitelor afecțiuni datează din vremuri străvechi. Confucius arată că însăși chinezii, prin doctrina atitudinilor și mișcărilor efectuate în apă și, mai târziu, grecii și romani, având aceleași preocupări, au pus bazele indicațiilor și aplicațiilor benefice ale exercițiului efectuat în apă. Sunt citați astfel și Euripide, Galenus, Aurelianus. Începând cu secolul al XVIII-lea, cercetările în domeniul hidroterapiei s-au intensificat, anglo-saxonii (Hoffman 1712, Pressnitz 1830 și mai târziu, Kneipp) impulsionând preocupările pentru folosirea apei în scopuri terapeutice. Hidroterapia se va organiza ca știință abia în secolul al XIX-lea și mai ales în secolul XX, prin tratarea sechelelor poliomielitei. În 1924, C. Lowmann prezenta o metodă de tratare a paralizilor, iar în 1931, Lausson publica un tratat pe tema utilizării hidrogimnasticii în poliomielită. În Franța, Leroy a pus bazele tehnice și terapeutice ale kinetobalneoterapiei, termen care definește toate programele de exerciții efectuate în apă.



Obiectivele vizate de recuperarea medicală desfășurată în mediul acvatic sunt reprezentate de relaxarea fizică și psihică, creșterea capacitatei de adaptare psihică și motrică la mediul acvatic, cu asigurarea formării unor răspunsuri adecvate perceptiv-motorii, control kinetic și sensibilitate posturală, orientarea în schema corporală cu creșterea capacitatei de execuție prin imitație, unilateralitate ce asigură stabilitate motrică, eliminarea ticurilor, dezvoltarea unor abilități manuale, este promovată capacitatea de combinare și de cuplare a mișcărilor, capacitate de echilibrare și orientare spațio-temporală, capacitate de ritmicizare, cu scăderea timpului de reacție. Se dezvoltă echilibrul și suplețea articulară, este promovată dezvoltarea fizică corectă și educarea ținutiei corporale, se asigură un nivel corespunzător de troficitate și tonicitate musculară. Crește capacitatea aerobă și posibilitatea de susținere a unor eforturi submaximale de anduranță. Se asigură inserția bio-psihosocială a individului cu cerințe speciale.

Avantaje

Avantajele recuperării medicale în mediul acvatic prin hidrokinetoterapie, considerată pe bună dreptate ca fiind o metodă terapeutică complexă, sunt multiple. Pornind de la faptul binecunoscut că instabilitatea apei face dificilă sarcina de menținere a echilibrului corpului și a diferitelor sale segmente, HKT poate constitui o metodă utilă pentru ameliorarea funcției labirintice și poate reprezenta soluția optimă de tratament în tulburările ușoare de echilibru și ale controlului

tratării diferitelor afecțiuni

postural. Exercițiile efectuate în bazin, datorită mediului instabil în care se efectuează, impun o participare a tuturor grupelor musculare în încercarea de a menține echilibrul și poziția. HKT presupune participarea efectivă a aparatului locomotor cu solicitare articulară, efectuarea mișcărilor în cadrul lanțurilor cinematice articulare, dar și a celor musculare, ceea ce va conduce la creșterea mobilității prin asuplizare articulară, la asigurarea coordonării mișcărilor și, în final, la antrenament muscular. Creșterea forței este datorată rezistenței apei, care este de 12 ori mai mare decât cea a aerului. Exercițiile desfășurate în mediul acvatic au fost inițial folosite ca modalitate de recuperare a sportivilor accidentați.

Fenomenul de plutire în apă

Rezistența opusă de apă la mișcare și masajul terapeutic contribuie la accelerarea procesului de recuperare. Apa nu doar menține și/sau crește gradul de mobilitate articulară, dar stretchingul efectuat în apă este cu mult mai eficient. Toate

structurile aparatului locomotor se relaxează în apă caldă a bazinului, efectul fiind propice pentru efectuarea exercițiilor de stretching. Este stimulată și circulația săngelui în zonele ce prezintă leziuni tisulare, ceea ce accelerează procesele de reparatie în situații precum ruptură musculară, entorse articulare, tendinopatii. HKT asigură și creșterea capacitatii respiratorii, întreținerea, dar și o bună recuperare a funcției aparatului cardiovascular (crește eficiența inimii deoarece scade frecvența cardiacă cu până la 10 bătaie pe minut, iar funcția de contracție cardiacă este stimulată cu creșterea volumului de sânge expulzat în circulația sistemică cu fiecare bătaie) și scădere ponderală prin calorile arse pe parcursul mișcării, mai ales în situația dispozitivelor aplicate în scopul creșterii rezistenței opuse mișcării în apă. Mișcarea efectuată în apă protejează față de degradarea articulațiilor, scade semnificativ riscul accidentărilor și crește circulația activă din masa musculară supusă efortului, performanțele sportive sunt crescute, se obține mai rapid recuperarea disfuncționalităților individuale.



Când este indicat să mă

Prof. univ. dr. Viorel Scripcariu,
medic primar chirurg

Litiaza veziculară (pietrele la colecist, denumită și veziculă biliară sau „fiere”) este o afecțiune frecventă, întâlnită la 10-20% dintre persoanele cu vîrste între 20 și 40 de ani și la 20% dintre cei care au depășit 40 de ani. În ultimele două decenii s-au înregistrat progrese importante în diagnosticul și tratamentul acestei afecțiuni.

Care sunt marile noutăți?

În primul rând, mijloacele de diagnostic – în special ecografia. Ecografia abdominală este o metodă de diagnostic neinvazivă, care nu cauzează nici un rău pacientului (fără radiații, posibil de efectuat și la gravide), este rapidă și ieftină, fiind metoda de elecție în stabilirea diagnosticului de litiază veziculară. Pietrele la colecist se văd de regulă foarte ușor la ecografie. În concluzie, litiază veziculară este o afecțiune care se diagnostichează ușor. A doua noutate este metoda de tratament chirurgical. Vorbim de laparoscopie, o intervenție minim invazivă. Metoda clasică presupune o incizie de 20-30-40 cm. subcostal drept sau pe linia mediană supraombilical. Metoda laparoscopică presupune patru mici incizii de 5 și de 10 mm. (fig.1), sau chiar o singură incizie ombilicală de 3-4 cm., dacă este disponibil instrumentar de minilaparoscopie, având un efect atât funcțional cât și estetic foarte important pentru pacient. Meritul abordului laparoscopic este că a îndepărtat multe dintre suferințele celor operați. Datorită noii metode chirurgicale, operația este mai ușor de suportat pentru pacient, cu o durată de spitalizare scurtă, în medie de 1 sau 2 zile, cu cicatrici minusculе și fără disconfort dureros după operație.

20

Să mă operez oare de colecist?

În fața acestei întrebări, pe care și-o pune orice pacient diagnosticat cu litiază veziculară, experiența mă determină să cred că – pentru fiecare caz în parte – trebuie să se analizeze atent raportul risc-beneficiu, atât pentru varianta de intervenție chirurgicală, cât și pentru cea de abstinenție. Cel mai important beneficiu al intervenției chirurgicale este evident: pacientul scapă de boala pe care o are. Organul bolnav este colecistul (vezicula biliară), el produce pietre (una sau mai multe, uneori sute de pietre, cu structură diferită, de colesterol, calciu, pigmenți biliari sau micști) și el trebuie scos (nu doar pietrele). De altfel, operația de eliminare doar a calculilor din colecist, denumită colecistendeză, nu se mai practică de mai bine de 100 de ani.

Cum se manifestă clinic litiază veziculară?

Simptomele cele mai frecvente sunt durerile abdominale, sub formă de crize de intensitate diferită, declanșate de alimente cu conținut mare de grăsimi (tocătură, ou, carne grasă, smântână, etc). Crizele se însoțesc și de alte semne (greață, vărsături biliare), durata lor e de ordinul orelor și se liniștesc cu anumite medicamente; uneori pot să treacă luni sau ani până la următoarea criză.

În unele cazuri, litiază veziculară nu se manifestă în nici un fel, nu supără deloc, este descoperită întâmplător la ecografie. Si atunci, de ce să se opereze pacienții care nu au o simptomatologie dureroasă? Pentru că există complicații ale litiazei veziculare, frecvente și adeseori grave, care vor impune oricum efectuarea operației, însă cu riscuri suplimentare pentru pacient.

Voi enumera principalele complicații ale litiazei veziculare, care impun intervenție chirurgicală:

1. Migrarea pietrelor din colecist. Ele pot migra până la ieșirea din colecist, împiedicând astfel com-

operez de colecist?

plet funcționarea lui, generând ceea ce se cheamă hidrops vezicular. Pietrele mai pot migra în canalul biliar principal (denumit și coledoc) și pot astfel determina icter mecanic (îngălbuirea pielii prin vărsarea bilei în sânge), sau pot să se impacteze la ieșirea din canalul biliar principal, spre duoden (unde acesta se unește cu canalul pancreatic) și atunci se declanșează pancreatita de origine biliară. Într-un procent mai mic, pietrele pot să-și facă drum din colecist spre alte organe din vecinătate (duoden sau colon transvers), producând o fistulă bilo-digestivă, adică o comunicare anormală între două organe învecinate.

2. Complicații infecțioase, respectiv forme diverse de colecistite acute, mergând până la puroi în colecist sau chiar constituirea de peritonite localizate sau generalizate. Cauza acestora este perforația colecistului și scurgerea conținutului în cavitatea peritoneală.

3. Complicații degenerative, respectiv cancerul de colecist. Dovada că prezența pietrelor (temp de zeci de ani însă) a generat cancerul veziculei biliare este dată de faptul că acest tip de cancer nu se întâlnește la pacienții fără pietre la colecist.

Prin urmare, beneficiile intervenției chirurgicale sunt chiar dispariția crizelor de durere abdominală (împreună cu toate celelalte simptome de boală) și evitarea apariției complicațiilor enumerate mai sus, care sunt frecvente și grave, uneori mortale.

Cum se face colecistectomia laparoscopică? Colecistectomia laparoscopică se practică sub anestezie generală. Pielea abdomenului este aseptizată. Chirurgul face o mică incizie de 10-12 mm. aproape de omblig. În cavitatea abdominală este injectat dioxid de carbon (CO₂), pentru a crea „camera de lucru”. Acest fapt facilitează observarea organelor interne cu laparoscopul, un sistem video introdus în abdomen. Chirurgul privește imaginile pe un monitor conectat la laparoscop. Sub control video se fac alte 3 incizii de dimensiuni mici, pentru a introduce trocare și instrumente de lucru în cavitatea abdominală. Chirurgul vede și manevreză capetele acestor instrumente și efectuează astfel procedurile propuse. La terminarea procedurii, CO₂ este

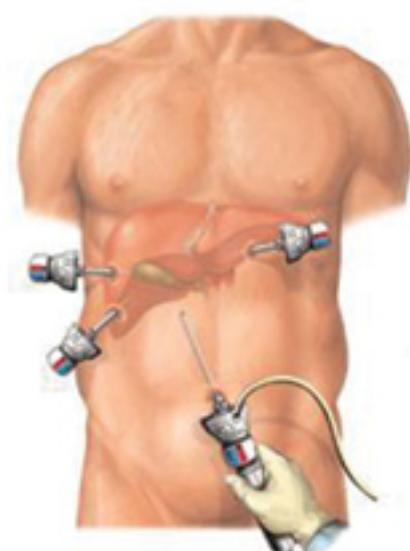
exuflat, instrumentele sunt extrase, se cos inciziile cutanate și se lipesc pansamente.

După colecistectomia laparoscopică ați putea simți o mică durere în jurul inciziilor. Este posibil să aveți unele dureri la nivelul umerilor – acest lucru este cauzat de CO₂ care a fost insuflat în interiorul abdomenului și care poate irita diafragmul, ce are aceeași sursă de inervație ca și umărul. Această durere trece repede. Durata de timp pentru recuperare și reintegrare socială este în medie de 5-7 zile, cu indicația la externare de a respecta regim dietetic sărac în grăsimi.

Rezumând răspunsul la întrebarea din titlu, putem concluziona următoarele:

- litiază veziculară se vindecă numai prin tratament chirurgical, prin extirparea veziculei biliare;
- din moment ce tot se va ajunge la o operație, este mult mai puțin riscant dacă intervenția chirurgicală se face într-un stadiu în care boala nu s-a complicat;
- chirurgia laparoscopică este opțiunea terapeutică cea mai bună la ora actuală.

FIG. 1



colecistectomia laparoscopică

Prevenirea tulburărilor de tranzit intestinal

Tulburările de tranzit intestinal, diareea, constipația, sunt întâlnite destul de des la persoanele care călătoresc. Ca să avem aceste neplăceri este suficient să mâncăm un fruct nespălat, să nu fim atenți la termenul de valabilitate al unei înghețate sau al unei ciocolate ori să nu consumăm suficiente lichide, să alegem să consumăm în special carne, brânză, ouă în defavoarea fructelor, legumelor, supelor.

Cea mai bună metodă de a preveni diareea călătorului este evitarea consumului de mâncare sau apă contaminată. Fructele de mare crude și produsele din lapte au de obicei un risc crescut de contaminare. Alimentele uscate, ca pâineau sau fructele care pot fi decojite, pot fi consumate în siguranță. Se recomandă evitarea consumului de apă locală.

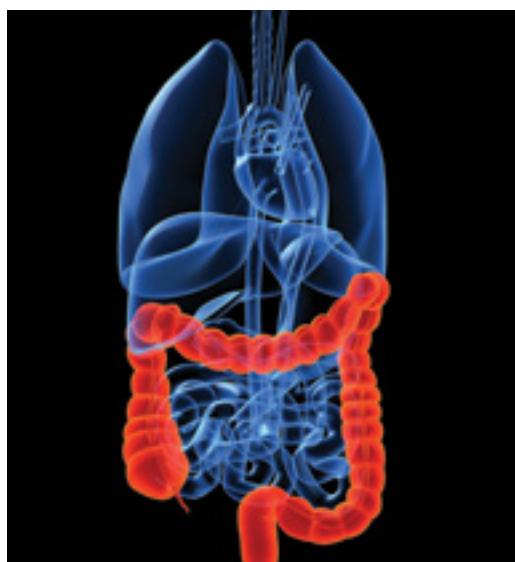
Se recomandă, de asemenea, evitarea consumului de alimente de la vânzătorii ambulanți, unde muștele și modul de preparare și

stocare mai puțin igienic cresc riscul de contaminare. După achiziționarea de alimente dintr-o piață în aer liber, se recomandă fierberea, prăjirea sau decojirea înainte de consum. Spălarea mâinilor cât mai des și corect este foarte importantă în prevenirea răspândirii bolilor infecțioase. Spălarea mâinilor cu săpun sau cu șervețele cu alcool ori geluri antibacteriene este metoda eficientă de reducere a riscului de infecție bacteriană.

Eliminarea unor scaune tari, cu o frecvență mai mică de 3 ori pe săptămână, însotită de balonare și disconfort abdominal, ar trebui să ne atragă atenția. Este vorba despre constipație. Iată ce putem face pentru a o trata sau, după caz, preveni!

Pentru a preveni apariția neplăcerilor sau a le înlătura atunci când s-au instalat deja, iată ce recomandă medicii:

1. beți zilnic cel puțin 6-8 pahare de lichide!
2. creșteți cantitatea de fibre prin introducerea cerealelor, fructelor și legumelor proaspete în meniu zilnic!
3. Faceți zilnic mișcare, nu vă lăsați pradă sedentarismului! Exercițiile fizice ajută la stimularea contracțiilor intestinale.
4. Așezați-vă zilnic pe vasul de toaletă la aceeași oră și încercați să eliminați fecalele! Chiar dacă nu reușiți din prima, corpul vostru se va deprinde treptat cu acest orar și va începe să răspundă favorabil.
5. Nu vă abțineți atunci când se instalează nevoia de a elimina scaunul!
6. Nu abuzați de laxative! Acestea curăță corpul de minerale, putând provoca o constipație și mai serioasă.



Valoarea ecografică în depistarea precoce a displaziei luxante de șold

Luxația congenitală de șold ocupă un loc de primă importanță între malformațiile membrelor, atât prin frecvența cu care se întâlnește, cât și, mai ales, prin infirmitatea gravă pe care o poate produce atunci când nu este depistată și tratată precoce, la vîrstă adultă rezultând coxartroză.

Definirea displaziei de șold

Luxația reprezintă modificarea raporturilor obișnuite dintre elementele osoase care formează articulația șoldului (capul femural părăsește în totalitate sau în parte cavitatea cotiloidă). Afecțiunea se evidențiază la sugar sau la copilul care a început să meargă, iar atunci când apare din momentul nașterii este mai degrabă vorba de o malformare congenitală survenită cel mai probabil în a patra luna de viață intrauterină.

Importanța problemei

Displazia luxantă a fost raportată cu o frecvență de 1 la 1000 de nașteri, fiind afectat în special genul feminin. Datorită acestei frecvențe mari, în alte țări, ecografia este folosită ca metodă de screening pentru toți nou-născuții, fiind acompaniată de avantajele explorării ecografice, în comparație cu alte metode diagnostice; este nedureroasă, neinvazivă, sigură și poate fi repetată ori de câte ori este nevoie, fără să afecteze în vreun fel stare de sănătate a copilului de orice vîrstă. Două treimi din șoldurile displazice evoluează spontan spre vindecare, dar există și o treime care, în lipsa unui diagnostic și terapii precoce va evoluă spre luxație.

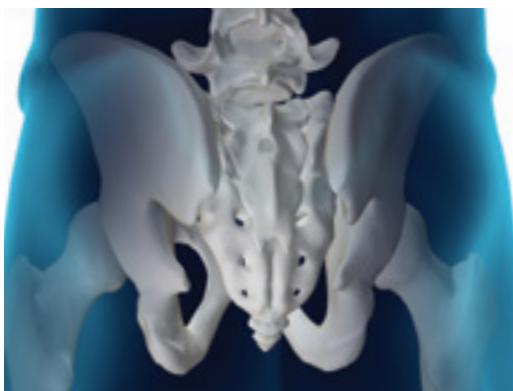
Factori ce predispun la această afecțiune

Între condițiile favorizante pentru producerea luxației, cele mai importante din punct de vedere practic sunt:

- **La nou-născut:** trecerea bruscă din poziție de flexie, pe care membrele inferioare o aveau în uter, la poziția de extensie accentuată mai ales de clasicul înfășat al copilului.
- Mai târziu se adaugă poziția verticală și mersul.

Rolul diagnosticării precoce

În cazul displaziei luxante de șold, obiectivul principal îl reprezintă diagnosticarea cât mai precoce, deoarece este o afecțiune invalidantă, care, dacă este netratată, are o evoluție nefastă. Tratamentul, cu cât este aplicat mai devreme, într-un stadiu incipient de displazie, cu atât este: Mai eficient (duce în majoritatea cazurilor la o recuperare totală);



Mai puțin traumatizant, mai conservator (în perioada de luxație constituită, nediagnosticată și netratată precoce, lasă o serie de sechete pentru tot restul vieții).

Toate aceste constatări converg spre o singură idee, și anume necesitatea și importanța unei depistări precoce a acestei afecțiuni și instituirea tratamentului, cât mai rapid, pentru recuperarea integrală a șoldului.

Dr. Adrian Cursaru,
medic primar ortopedie traumatologie

Operația fără managementul



*Dr. Emilia Drăgulin,
m. pr. ATI, dr. în șt. med.
Life Memorial Hospital*

Managementul durerii postoperatorii este în acest moment o preocupare de prima linie în întreaga lume. Statisticile arată că, dincolo de teama pentru rezultatul final al intervenției chirurgicale, pacenților le este teamă de durerea postoperatorie.

Cum apare durerea?

Durerea se formează la nivelul plăgii operatorii, unde există o serie de receptori numiți nociceptori, stimulul duros este transmis prin fibre nervoase către măduva spinării, unde are loc un prim proces de modulare a durerii, prin intermediul unor mediatori specifici, după care se propagă prin tractul spinotalamic și spinoreticular și ajunge la nivel cortical, unde are loc percepția senzației dureroase.

Este absolut evident faptul că o experiență neplăcută legată de durere modifică percepția pacientului, crește gradul de anxietate a acestuia, cu efecte negative asupra calității vieții și, nu în ultimul rând, asupra procesului de vindecare.

De aceea, obiectivul nostru este „Operația fără durere”

Este vorba, de fapt, despre managementul perioperator, care include totalitatea tehniciilor uti-

lizate pentru controlul durerii induse de gestul chirurgical, dar și terapia simptomatică menită să controleze simptomele disconfortante frecvent întâlnite după operație (greață, vomă, prurit, constipație).

Pentru atingerea acestui obiectiv, o primă etapă este evaluarea perioperatorie și anticiparea strategică a analgeziei postoperatorii, ținând cont de:

- tipul de intervenție;
- evaluarea severității durerii postoperatorii cu ajutorul scalelor numerice și vizuale (scoruri de durere);
- condiții medicale asociate;
- calcularea raportului risc/beneficii pentru tehnici disponibile;
- preferința pacientului sau experimentele dure-roase anterioare.

Următoarea etapă constă în pregătirea pacientului și presupune:

- ajustarea sau recomandarea de a continua tratamentul cu acele medicamente a căror retragere provoacă sindromul de abstinенță;
- tratarea anxietății și durerii preexistente;
- premedicația;
- educarea pacientului și a familiei dozele de analgetice utilizate sunt mai mici la acei pacenții care au primit educație preoperatorie și de patologie asociată.

În funcție de tipul intervenției chirurgicale, anestezii care pot fi utilizate sunt: generală, anestezii loco-regionale (rahidiană, peridurală, blocuri nervoase) sau combinate (AG + peridurală).

durere - perioperator

Tratamentul durerii postoperatorii

Începe încă din timpul intervenției chirurgicale (analgezie preemptivă), prin utilizarea, la sfârșitul operației, a unor combinații medicamentoase menite să asigure controlul durerii imediat după operație. În perioada postoperatorie imediata (primele 24 h), utilizăm cu succes terapia multimodală a durerii.

Cu ajutorul formularelor de durere, se adminis-

trează combinațiile de medicamente din diverse clase, care asigură o analgezie superioară, cu efecte adverse minime. Extrem de eficientă în controlul durerii este analgezia peridurală, larg utilizată la gravide în postoperator după operația cezariană, dar nu numai.

Pentru viitor, alături de metodele farmaceutice de tratament al durerii, vom lua în calcul și utilizarea altor metode (hipnoterapie, electroacupunctură), care, de-a lungul timpului, și-au dovedit eficacitatea.



Hipertensiunea

Despre hipertensiunea arterială

Hipertensiunea arterială este cea mai frecventă boală cardiovasculară. Valorile normale ale tensiunii arteriale nu trebuie să depășească 140 mmHg pentru tensiunea arterială sistolică și 85 mmHg pentru tensiunea arterială diastolică. Aceste valori reprezintă limita superioară a normalului, dar valorile optime sunt chiar mai joase (sub 130/80 mmHg).

Clasificare

La peste 95% dintre pacienți HTA este esențială. Cu alte cuvinte, este determinată genetic și nu se poate vindeca, fiind necesar tratamentul toată viața. Când unul dintre părinți este hipertensiv, riscul copilului de a deveni la rândul lui hipertensiv este de 25%, iar când ambii părinți sunt hipertensivi, riscul este de 50%. La doar circa 5% dintre pacienți HTA este secundară alte boli. În aceste situații, trebuie diagnosticată și trataată boala de bază. HTA secundară apare în boli renale, endocrine, boli cardiace congenitale etc.

Simptome

Creșterea tensiunii arteriale este periculoasă pentru că afectează structura și proprietățile vaselor de sânge din întregul organism, cu importante consecințe negative. Cele mai importante organe afectate sunt creierul, inima și rinichii.

N.B. Creșterea tensiunii arteriale peste valorile normale poate rămâne mult timp asimptomatică, iar diagnosticul va fi pus tardiv, când apar deja complicațiile. De aceea, tensiunea arterială trebuie controlată periodic și tratată corespunzător, chiar în absența simptomelor. Controlul trebuie să fie riguros pentru întreaga populație și, mai ales, la cei din familii de hipertensivi.

Cele mai frecvente simptome produse de creșterea tensiunii arteriale sunt:

Durere de cap (cefaleea)

Tulburări de vedere (fosfene = steluțe verzi)

Tulburări de auz (acufene = ţățuituri în urechi)

Ameteli

HTA poate produce complicații redutabile, invalidante pentru tot restul vieții sau mortale:

Accident vascular cerebral soldat cu paralizie sau deces

Infarct miocardic

Insuficiență renală



arterială (HTA)

Tratament

Scopul tratamentului este menținerea valorilor TA sub 140/85 mmHg, chiar în absența simptomelor, pentru a evita apariția complicațiilor. N.B. Atât TA sistolică, cât și cea diastolică trebuie menținute la valori normale. De exemplu, dacă TA este 130/90 mmHg, înseamnă ca ea nu este corect tratată.

Regimul igieno-dietetici și corecția factorilor de risc sunt obligatorii în tratamentul HTA:

- Se reduce la minimum consumul de sare (re-



gim hiposodat); sarea produce creșterea TA atât prin retenția de apă cât și, mai ales, prin depunere în pereții vaselor și alterarea structurii lor.

- Se corectează obezitatea; simpla scădere în greutate poate duce la normalizarea valorilor TA în formele ușoare, fără niciun medicament.
- Se interzice fumatul; se corectează dislipidemia; se recomandă antrenament fizic regulat.

Tratamentul cu medicamente

Acesta este introdus când măsurile de mai sus nu sunt suficiente pentru normalizarea valorilor TA. Există foarte multe clase de medicamente care reduc TA prin mecanisme diferite. Ele sunt prescrise în funcție de particularitățile fiecărui pacient: vârstă, boli asociate, severitatea HTA, toleranță etc.

Principalele clase de medicamente folosite în tratamentul HTA sunt:

- Diureticile: nefrix, indapamidă etc. acestea elimină excesul de sare și apa din organism.
- Blocante de calciu: nifedipin, amlodipina etc. acestea au acțiune vasodilatatoare.
- Beta blocantele: metoprolol, bisoprolol etc. acestea au acțiune complexă, atât de protecție a inimii cât și de blocare a acțiunii și secreției unor substanțe care determină creșterea TA.
- Inhibitorii enzimei de conversie: captopril, enalapril, perindopril. Au de asemenea acțiune complexă, vasodilatatoare și de protecție cardiacă și renală.
- Sartanii: valsartan, telmisartan, candesartan etc. au aceleași efecte ca și inhibitorii enzimei de conversie, dar acționează printr-un alt mecanism, fiind în general mai bine tolerați decât inhibitorii enzimei de conversie.
- Medicamente cu acțiune centrală: clonidina, rilmenidina sunt în general medicamente de rezervă, folosite în asociere cu celelalte în formele rezistente la tratament de HTA.

Managementul riscurilor analgeziei epidurale la naștere

Obiectiv

Analgezia epidurală reprezintă cea mai folosită și cea mai eficientă metodă de analgezie la nașterea vaginală. Ca orice manevră medicală, pe lângă efectele benefice pe care le are în cuparea durerii, dar și în situația unor indicații obstetricale, tehnica presupune și posibile complicații care trebuie cunoscute, prevenite și eventual tratate. Pentru evaluarea raportului risc/beneficiu legat de această tehnică, am realizat un studiu retrospectiv al cazurilor de analgezie epidurală la nașterea vaginală, analizând efectele negative ale acesteia asupra mamei și copilului.

Material și metodă

1390 paciente, candidate la nașterea pe cale vaginală au fost evaluate din punct de vedere al hipotensiunii, calității analgeziei, reacțiilor toxice sistemice, perforației accidentale a durei mater, gradului de bloc motor, influențării progresiunii nașterii, efectelor asupra fătului, altor efecte (retenție urinară, durere de spate, prurit).

Rezultate

Folosind umplerea volemică cu 500 ml SF anterior tehnicii, 95% din paciente au fost stabile hemodinamic, în 5% din cazuri TA a scăzut cu aprox. 30%, fiind corectată rapid prin administrare de vasoconstrictor. La 3,5% din cazuri, analgezia a fost inadecvată (scor VAS>6), prin lipsa analgeziei, bloc senzitiv unilateral sau distribuție inomogenă a blocului. Prin reposiționarea cateterului sau suplimentarea analgeziei s-a obținut ulterior analgezie optimă (VAS=1-2) în 99,9% din cazuri (2 paciente au avut travaliu rapid și din lipsa de timp nu s-a reposiționat cateterul). Reacțiile sistemice toxice (cardio și neurotoxicitate), cu o incidență de 0,01% în literatură, nu au fost întâlnite în lotul studiat.

În 0,64% din cazuri s-a perforat accidental dura mater, cu cefalee consecutivă, situație rezolvată în 100%

din cazuri prin blood-patch epidural. În 2 cazuri (0,14% cazuri) a fost necesară repetarea patch-ului (2XBPP) pentru cuparea definitivă a cefaleii post-puncție durală. Blocul motor extins a fost întâlnit în 2,3% din cazuri (32 paciente), cu distribuție inegală pe ani (frecvența redusă în timp), în strânsă legătură cu experiența anestezistului și tipul substanțelor folosite.

Din cele 1390 cazuri studiate, 12,6% s-au finalizat prin operație cezariană, 87,2% au născut pe cale vaginală fără incidente, iar în 0,2% cazuri s-a folosit videotractorul. Există diferențe semnificative privind evoluția travaliului în cazul nașterilor spontane, comparativ cu cele declanșate (progresiune mai lentă a dilatației, rata mai mare de operație cezariană, solicitarea precoce a analgeziei epidurale).

Efectele asupra fătului au fost evaluate prin monitorizarea BCF și a stării fătului la naștere (vârstă gestațională a cazurilor studiate = 35-42 săptămâni). S-a înregistrat o modificare tranzitorie a cordului fetal în 2,5% din cazuri (BCF = 90-110), fără afectarea stării fătului la naștere.

Alte efecte ale analgeziei epidurale, întâlnite cu frecvență redusă:

retenție urinară (0,73% cazuri) - rezolvată prin cateterizare urinară

durere de spate (3,2% cazuri) - durere la nivelul punctiei, remisă până la externare

lombalgie difuză (40% cazuri) - întâlnită și la nașterile fără analgezie epidurală)

prurit (96% cazuri) - dar nederanjant).

Concluzii

Complicațiile consecutive analgeziei epidurale la naștere se întâlnesc cu o frecvență redusă și sunt controlabile. Ele sunt dependente de corectitudinea tehnicii, evaluarea corectă a fiecărui caz, colaborarea cu obstetricianul, substanțele folosite și experiența anestezistului.

Dr. Enescu Liliana-medic spec. ATI



SOCIETATEA ROMÂNĂ
DE CARDIOLOGIE

Al 51-lea Congres Național de Cardiologie

Sinaia / 4-6 octombrie 2012



Pentru informații:

Secretariatul Societății Române de Cardiologie

Tel/Fax: 021 250 01 00;

E-mail: office@cardioportal.ro

www.cardioportal.ro

Operator al Serviciilor Congresului:



www.mediamed.ro Tel./Fax: 031 101 32 24

www.cardioportal.ro

Individualizarea tratamentului cancerului de prostată metastazat

Evoluția locală a bolii poate fi independentă de prezența metastazelor. Pacientul poate să nu prezinte metastaze, dar tumora se extinde, blochează orificiile ureterale, bolnavul dezvoltă ureterohidronefroză (insuficiență renală) și starea lui generală se înrăutățește. Ganglionii sau tumora pot produce compresii medulare, iar bolnavul poate deveni paraplegic, caz în care se impun și alte metode de tratament (deviații urinare).

Este foarte important să se stabilească în timp util diagnosticul și prezența sau absența metastazelor!

Aproximativ 5-10% din pacienții investigați se regăsesc în stadiul IV, iar 85% din metastazele cancerului de prostată sunt osoase. Pentru a identifica aceste metastaze este indicat să se efectueze scintigrama osoasă.

Uneori, pornind de la o metastază, sau o fractură la nivelul metastazei, se stabilește că bolnavul este suferind de cancer de prostată.

Unele metastaze sunt simptomatische și se pot identifica, în timp ce altele sunt asimptomatice și se descoperă în perioada de tratament.

Cancerul prostatic poate produce metastaze și în alte organe, situație în care se efectuează radiografii, ecografi sau punții biopsice, în funcție de simptomele acuzate și localizarea acestora.

Tratamentul

Cancerul de prostată este o tumoră malignă care răspunde în general la tratament.

Este un cancer hormono-dependent, care răspunde eficient la suprimarea testosteronului sau administrarea de antiandrogeni. Terapia hormonală este eficientă o perioadă îndelungată

de timp și ajută semnificativ în tratament, indiferent de stadiul în care se găsește pacientul și momentul diagnosticării. Dacă diagnosticarea se realizează în stadii incipiente, terapia poate da rezultate pe o perioadă de până la 5 ani, putându-se obține chiar o regresie a tumorii.

După apariția metastazelor se consideră că dependența hormonală a cancerului a încetat, tratamentul hormonal devenind ineficient, datorită adaptării celulelor prostatei. În această situație se aplică terapii de linie a două, respectiv administrarea de progesteron sau citostatice. Acestea au de asemenea efect pentru o perioadă de timp limitată.

În încercarea de a trata eficient cancerul de prostată s-au derulat programe privind intreruperea tratamentului hormonal (deși medicina spune că administrarea unui tratament nu se întrerupe niciodată) și reluarea acestuia după o perioadă de 1-2 ani, în acest interval cancerul și celulele prostatei redevenind sensibile la terapia hormonală. Rezultatele obținute în urma acestor cercetări sunt încurajatoare, dar trebuie efectuată o selecție foarte atentă a pacientilor în cazul căror se poate aplica!

În special pentru metastazele osoase se pot utiliza biofosfonații. Se utilizează cu succes și radioizotopii, în special în tratamentul metastazelor dureroase, foarte greu de calmat cu ajutorul analgezicelor, dar care cedează la radioterapie.

Sunt situații în care metastazele pot regresa. O nouă clasă de medicamente utilizată în chimioterapie, numită taxani, influențează semnificativ țesutul canceros din metastazele osoase.

O altă modalitate de ameliorare a calității vieții, în cazul metastazelor osoase, este reprezentată de intervențiile ortopedice, pentru consolidarea fracturilor sau a zonelor afectate.

Endotelina, o substanță ce exercită o acțiune particulară asupra metastazelor osoase dă rezultate foarte bune în prelungirea vieții bolnavului.

entului la pacientul

Recomandări

Mestastazele, în special cele osoase, sunt dificil de diagnosticat, fiind frecvent confundate cu alte afecțiuni! Evoluția metastazelor osoase nu poate fi pusă în evidență decat în cazul celor foarte dezvoltate! Este foarte important să se depisteze în timp util cancerul de prostată, prin intermediul testărilor specifice: PSA, tușeu rectal și ecografie, efectuate periodic de către toți bărbații cu vârstă peste 50 de ani!

Administrarea în timp util a terapiei hormonale mărește speranța de viață cu până la 10 ani! Terapia hormonală se poate administra indiferent de stadiul bolii!

În stadiile incipiente ale bolii se poate practica prostatectomia radicală în combinație cu terapia hormonală, pentru a stopa evoluția bolii!

Prof. Dr. Stelian Perșu, medic primar urologie, doctor în științe medicale



Kinetoterapie

În afecțiunile coloanei vertebrale

Kinetoterapia tratează numeroase afecțiuni prin programele de exerciții terapeutice, alcătuite în funcție de afecțiune și de evoluția sau involuția acesteia.

După stabilirea diagnosticului, medicul de specialitate recurge la prescrierea tratamentului de kinetoterapie.

Prin kinetoterapie se pot corecta posturile anormale ale coloanei vertebrale, cum ar fi scolioze, cifoze sau lordoze.

Kinetoterapia este o terapie de lungă durată și cere din partea pacientului perseverență. Kinetoterapeutul trebuie să-și susțină permanent pacientul, să-l motiveze în momentele de dificultate, să discute și să-i explice fiecare rezultat apărut.

Kinetoterapia la copii

Jocul este foarte important ca metodă de învățare a abilităților motrice. Kinetoterapeutul trebuie să știe să se poarte cu copilul, să se joace cu el - este important ca specialistul kinetoterapeut să reușească să facă din exercițiile fizice o joacă, să-l lase pe copil să se plimbe prin sala de gimnastică medicală, să-l facă să se simtă independent, având totuși în permanență controlul asupra acestuia și îndrumându-l în efectuarea terapiei necesare.

Kinetoterapia are ca rezultate:

Câștigarea mobilității articulare normale pierdute în urma unei imobilizări postfractură; normalizarea tonusului muscular; antrenarea întregului corp în mișcare și pregătirea organismului copilului pentru efort; formarea obișnuinței unor mișcări corecte și coordonate;

corectarea diferitelor deformări ale coloanei vertebrale, cauzate de pozițiile incorecte ale copiilor în bancă la școală sau pe scaun în timpul pregătirii lecțiilor;

tratarea afecțiunilor aparatului locomotor: luxațiile congenitale de șold, platfusul, genum var sau valg sau aşa-zisii „genunchi în X”;

corectarea atitudinilor posturale vicioase și a modificărilor de ax ale coloanei vertebrale deja instalațate (cifoza, scolioza, hiperlordoza sau spate plan). De rezultatele pozitive ale kinetoterapiei pot beneficia și copiii cu afecțiuni din sfera neurologică - hemipareze, parapareze.

De asemenea, prin kinetoterapie se pot trata și alte afecțiuni metabolice, precum rahițismul sau obezitatea.

Deviațiile coloanei vertebrale

Coloana vertebrală are o curbură fiziologică normală: în zona cervicală și în zona lombară există un grad fiziologic de lordoză (fig. 1/a și c), iar în zona toracală există un grad fiziologic de cifoza (fig. 1/b).

Modificările patologice de ax ale coloanei vertebrale - exagerarea curburii fiziologice sau apariția unor curbură în afară celor fiziologice - reprezentă afecțiuni ale coloanei vertebrale.

Cifoza (fig. 2) este deviația coloanei vertebrale în planul vertical. Aceasta se manifestă prin curbarea accentuată a coloanei spre în față, în regiunea toracică, provocând cocoșa. Cifoza poate fi compensată printr-o hiperlordoză cervicală și lombară pentru refacerea echilibrului coloanei. Lordoza (fig. 3) este o modificare a curburii fiziologice a coloanei vertebrale în zona lombară. Lordoza se manifestă prin accentuarea curburii spre în față.

Scolioza (fig. 4) se manifestă prin apariția unor curburi ale coloanei vertebrale, mai ales în regiunea lombară, în plan frontal, coloana luând forma literei „C”, urmată de multe ori de o modificare compensatoare care apare în zona învecinată, coloana vertebrală fiind în forma literei „S”. Această deformare „S”, vizibilă din spate, poate fi orientată spre dreapta sau spre stânga, în funcție de pozițiile greșite ale coloanei.

Netratate, cifoza, scolioza și lordoza duc la apariția unui aspect inestetic al spotelui, dar, mai ales, la apariția durerilor de spate.

Cauzele și factorii favorizanți în deviațiile coloanei vertebrale

Cauza apariției scoliozei nu este perfect cunoscută (scolioza idiopatică), dar sunt cunoscute mai mulți factori favorizanți.

Scolioza apare de obicei în copilărie sau în adolescență și este asociată cu factori congenitali genetici - ca spina bifida - sau cu anumiți factori locali, ca durerea sau spasmul muscular, afecțiunile musculare sau nervoase sau inegalitatea membrelor inferioare. Poziția incorrectă a copilului pe scaun, la școală, la birou sau în bancă, purtarea incorrectă a ghiozdanului, pot genera, în timp, o parte din aceste deformări nedorite.

Alte cauze medicale care pot cauza devierile coloanei sunt: rahitismul, miopia, modificări ale

auzului, care obligă copilul să ia atitudini asimetrice sau incorecte pentru a corecta defectul în detrimentul poziției normale a corpului.

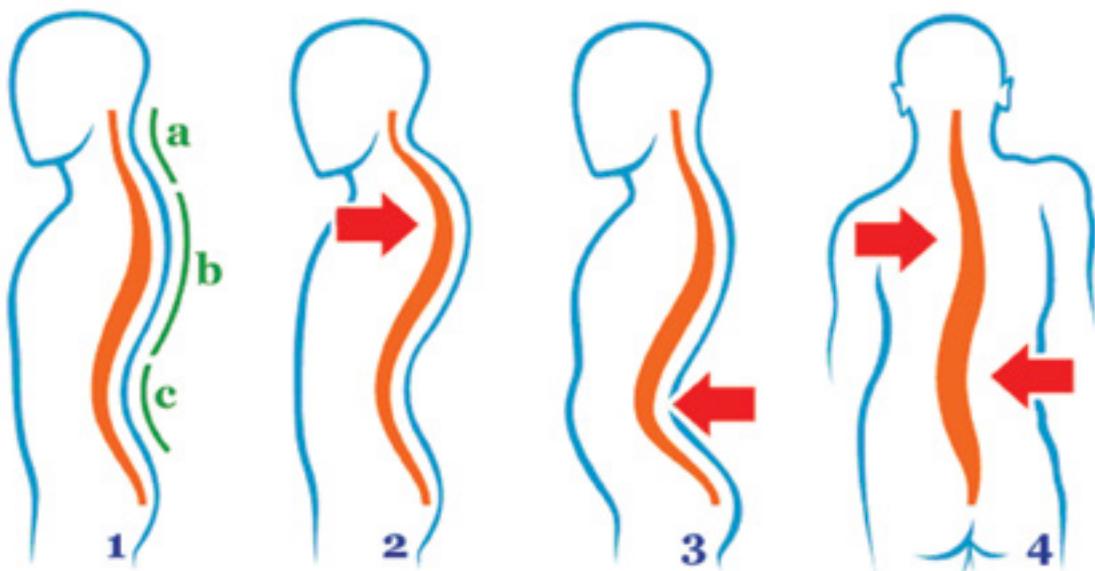
Deviațiile coloanei vertebrale pot produce în timp alterarea activității întregului aparat locomotor și a mișcărilor respiratorii, modificând metabolismul, echilibrul glandelor endocrine și activitatea sistemului nervos. Aceste afecțiuni trebuie identificate și tratate la timp, printr-un control medical de specialitate.

Kinetoterapia - gimnastica medicală - are rolul de a corecta pozițiile vicioase ale copilului atât acasă cât și la școală.

Educarea copilului pentru a avea o poziție corectă pe scaun, în bancă, la masă sau în fața calculatorului, acasă sau la școală, trebuie corelată și cu o înălțime corespunzătoare a scaunului. Poziția corectă este cu picioarele sub scaun și spatele drept, lipit de bancă. Ghiozdanul sau rucsacul trebuie purtat alternativ în mână sau în spate, avantajând poziția corectă a spotelui. Pentru întărirea musculaturii coloanei vertebrale este bine ca orice copil să practice un sport, precum înnot sau atletismul.

Gimnastica medicală are un rol important în corectarea eventualelor modificări anormale apărute la nivelul scheletului osos, redând copilului sănătatea deplină.

Centrul Medical Materno-Infantil Persepolis



Secolul XXI - secole în terapia bolilor



Dr. Mihai Ciochinaru
- Medic primar
hematologie

Terapiile țintite sunt un nou concept terapeutic, deoarece acționează prin influențarea proceselor de control al creșterii, diviziunii și răspândirii celulelor maligne, precum și a modificării semnalelor care obligă celula tumorala să moară natural - proces denumit apoptoză - adică modul în care celulele normale mor atunci când sunt prea bătrâne.

Terapiile țintite acționează în câteva moduri, și anume:

1. Inhibarea semnalelor de creștere: factorii de creștere sunt substanțe asemănătoare cu hormonii care informează celulele cum să crească sau să se dividă. Niveluri ridicate ale acestor factori sau forme anormale ale acestora contribuie la creșterea și diseminarea celulelor maligne. De asemenea, au fost identificate modificări la nivelul căilor de transmitere a semnalului acestor factori în interiorul celulei drept cauză a comportamentului anormal al celulelor cancerioase. Încă din anii 1980, cercetătorii au descoperit că mulți dintre factorii de creștere și alte substanțe responsabile de recunoașterea semnalului induși de factorii de creștere sunt, de fapt, produse ale oncogenelor. Din această categorie fac parte agenți terapeu-

tici țintiți, cum ar fi trastuzumab (Herceptin) pentru terapia cancerului mamar, gefitinib (Iressa) și erlotinib (Tarceva) pentru cancerul bronhopulmonar fără celule mici, imatinib (Glivec) pentru leucemia mieloidă cronică și cetuximab (Erbitux) pentru cancerul colorectal avansat. Au apărut deja în arsenalul terapeutic agenți terapeutici țintiți de a doua generație, ca dasatinib(Sprycel) și nilotinib(Tasigna) și chiar de a treia generație, cu răspuns terapeu-



lul terapiilor țintite maligne (II)

utic mai rapid și mai energetic sau cu răspuns în cazurile de rezistență la agenți de linia I.

2. Inhibitorii angiogenezei: angiogeneza înseamnă creare de noi vase. Termenul vine de la cuvintele grecești angio, care înseamnă "vas de sânge", și genesis, care înseamnă "inceput". Considerat a fi un proces fiziologic normal, de vindecare a țesuturilor lezate, același proces la o persoană cu cancer creează noi mici vase sanguine care asigură aportul de sânge pentru

tumoră și îi permite să crească. Antiangiogeniza este o formă de terapie țintită care utilizează medicamente ce împiedică tumoră să producă noi vase sanguine pentru a-și susține creșterea. Primul inhibitor al angiogenezei aprobat pentru uz clinic, din 2004, a fost bevacizumab (Avastin), utilizat în prezent în mod curent pentru tratamentul cancerului colorectal avansat, renal metastazat, unele tipuri de cancer bronhopulmonar, cancer ovarian avansat, precum și alte tipuri de tumori.

3. Agenți inductori ai apoptozei: apoptoza, sau moartea celulară programată este un proces natural prin care celulele al căror ADN este prea deteriorat pentru a fi reparat - aşa cum este cazul celulelor cancerioase - sunt forțate să moară. Există în arsenala terapeutic actual numeroși agenți țintiți care au ca mecanism primordial interferarea substanțelor ce controlează supraviețuirea și moartea celulară.

4. Alte terapii țintite: pe lângă anticorpuri monoclonal și inhibitorii căilor de semnalizare intracelulară (m-tor, mmpp1-akt3 și.a), au apărut noi clase de molecule cu acțiune țintită, cum sunt oligonucleotidele antisens, inhibitorii de proteazomi și ARN și altele care lărgesc fereastra prin care se poate interveni la nivelul țintelor din lanțurile metabolice și de transmisie a semnalelor genetice din interiorul celulelor tumorale.

Se poate spune, fără riscul de a exagera, că secolul XXI va fi cu siguranță secolul terapiilor țintite în lupta împotriva cancerului, ceea ce va permite transformarea acestuia într-o boală cronică, cu lungă supraviețuire și cu perspectiva unui procentaj din ce în ce mai mare de vindecări.



Managementul sănătății salariaților



Lector dr. Mihaela Stoia,
Direcția de Sănătate
Publică Sibiu
medmuncii@dpssibiu.ro

„Îmbunătățirea sănătății trebuie să devină grija de bază a comunității” (OMS).

„Medicina, ca și jurisprudența, trebuie să-și aducă contribuția la bunăstarea salariaților” (Bernardino Ramazzini).

Interdisciplinaritatea în medicină se regăsește în diferite aspecte, de pildă: în evaluarea capacitatii de muncă și a aptitudinii în muncă, în activitatea de dispensarizare, de gestionare a certificatelor medicale, în protecția maternității la locul de muncă în cazul riscului maternal, în asigurările de sănătate, în gestionarea sănătății grupurilor sensibile la riscuri specifice (femei gravide/lehuze sau care alăptează, tineri, persoane cu dizabilități, cu boli cronice). Toate aceste aspecte se regăsesc în interfața medic de familie – medic de medicina muncii, iar în continuare exemplificăm câteva aspecte din legislația națională referitoare la securitatea și sănătatea lucrătorilor.

OUG nr. 96/ 2003 privind protecția maternității la locurile de muncă:

ART. 2, c) „salariata gravidă anunță în scris angajatorul asupra stării sale fiziologice de graviditate atestată printr-un document medical eliberat de medicul de familie sau de medicul specialist”; d) „salariata care a născut recent poate solicita angajatorului în scris măsurile de protecție prevăzute de lege, anexând un document medical

eliberat de medicul de familie”. Situația este similară și pentru salariata care alăptează; ART. 10, (2) Concediul de risc maternal se poate acorda, pe o perioadă ce nu poate depăși 120 de zile, de către medicul de familie sau de medicul specialist, pe baza raportului de evaluare întocmit de medicul de medicina muncii;

ART. 13 În baza recomandării medicului de familie, salariata gravidă care nu poate îndeplini durata normală de muncă din motive de sănătate, are dreptul la reducerea cu o pătrime a duratei normale de muncă, cu menținerea veniturilor salariale.

Legea nr. 319/2006: „Orice suspiciune de boală profesională, inclusiv intoxicația acută profesională, se va semnala obligatoriu de către toți medicii, indiferent de specialitate și locul de muncă, cu prilejul oricărui control medical”. Semnalarea se face către cabinete/clinici de medicina muncii, în vederea precizării diagnosticului de boală profesională sau intoxicație acută profesională.

HG 1169/ 2011 privind supravegherea sănătății lucrătorilor: „medicul de medicina muncii poate solicita medicului de familie adverință/scrisoare medicală care să ateste starea de sănătate a viitorului angajat”.

Din punct de vedere economic, medicina preventivă este mai rentabilă, de aceea încurajăm promovarea sănătății la locul de muncă, pentru că se adreseză unor colectivități mari și se poate realiza inițial cu mijloace simple de informare. Schimbarea comportamentului este placă turnantă a promovării sănătății și permite crearea unor deprinderi sanogene. Modelele bazate pe schimbarea comportamentului oferă o alternativă mult mai bună decât modelul biomedical, de aici rezultând și importanța conlucrării între diferite discipline și instituții ale comunității.



Asociația
ROMTRANSPLANT



Academia Oamenilor de Știință
din România

Al VIII-lea Congres ROMTRANSPLANT

cu participare internațională

cu tema

Actualități în transplantul de organe și ţesuturi

27-29 septembrie 2012
World Trade Center, București



www.romtransplant.ro



Management Congres:
Ralcom Exhibitions srl prin Divizia de Evenimente Medicale Ralcom Medical
Str. Răspărățiu Nr. 20, Sector 2, București, România

Tel: +40 21 290 58 14, 290 65 40, 211 15 41; Fax: +40 21 213 27 02
registration@romtransplant.ro
www.ralcom.ro

SUPLIMENTE ALIMENTARE 100% NATURALE DIN PLANTE MEDICINALE AYURVEDICE

SHECURE Tablete

Reechilibrant hormonal

- Este adjuvant în infecțiile urogenitale;
- Contribuie la normalizarea ciclului menstrual și a activității glandelor mamare;
- Contribuie la menținerea tonusului aparatului genital feminin;
- Adaptogen, antidepresiv, antianxios.



SHECURE Sirop

Protector al funcțiilor urogenitale feminine

- Contribuie la menținerea stării de sănătate și a funcționalității optime a aparatului genital feminin;
- Ajută la eliminarea stărilor de disconfort premenstrual și menstrual;
- Ajută la prevenirea și combaterea infecțiilor urogenitale;
- Contribuie la înlăturarea depresiei.



KAMAIANY

Revitalizant natural pentru femei

- Ajută la menținerea tonusului general și al echilibrului hormonal feminin
- Contribuie la ameliorarea manifestărilor sindromului premenstrual
- Previne anemia feriprivă și osteoporoza
- Ajută în creșterea rezistenței organismului

