Anul VIII ■ Nr. 157 / Septembrie 2012

157 FIN WATCH

săptămâna MEDICALĂ

www.saptamanamedicala.ro

Informaţie sănătoasă

DIN SUMAR

Malpraxisul medical 4

Cum recunoaştem un bun cardiolog ? 8

Hipertensiunea arterială 12

Sfaturi pentru o toamnă sănătoasă! 10

Metode de diversificare a alimentaţiei bebeluşului 24

Chirurgia fără tăieturi 26

Actavis premiază performanțele olimpice

Dacă e adevarat că bogăția unei țări sunt tinerii, atunci România ar trebui, teoretic, să stea pe un munte de aur. Continuând o tradiție de peste 20 de ani, compania Actavis este onorată să susțină performanțele olimpice ale lotului național de chimie, care în fiecare an ne reprezintă cu mândrie la Olimpiadele Internaționale și se întorc acasă acoperiți de glorie!

actavis
think smart medicine

www.actavis.com.ro • inforo@actavis.com
Tel + 40 21 351 45 67/68, 318 17 67 • Fax + 40 21 351 45 65

Cardul de sănătate, o investiție bună pentru buget

La sfârşitul lunii august s-a început producerea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, la Imprimeria Naţională, într-un ritm de 1 milion de unităţi pe lună. Costul unui card fiind de 2 euro, toată afacerea poate fi apreciată la aproximativ 40 milioane de euro, numărul de unităţi depinzând de populaţia care se ia în considerare, ca la referendum, incluzând sau nu rezidenţii, expaţii, persoanele decedate, fără buletin sau cu buletinul expirat.

Acţiunea a fost demarată odată cu hotărârea eroică a Ministerului şi Casei Naţionale de a suporta ele costul de fabricare a cardului, pentru scutirea cetăţenilor de a plăti acest accesoriu care ar fi devenit nedorit în cazul în care ar fi trebuit să fie cumpărat de pacienţi.

Sensul suportării de către stat cu destule cazne, în condiţiile crizei, a acestei facturi de producere şi distribuire a cardului este ca el, împreună cu reţeta electronică şi dosarul electronic, să completeze şi finalizeze noul sistem de control şi disciplină financiară din Sănătate, program de care se cam vorbeşte de aproape un deceniu şi care acum ar putea deveni funcţional.

Sistemul de evidenţă prin card a pacienţilor avea termen de a fi implementat la sfârşitul lui 2007, lucru care nu s-a realizat pentru că depindea de finalizarea mai întâi a sistemului informatic din Sănătate, care avea la rândul său scadenţă la sfârşitul lui 2006.

Trecând peste aspectul că totuşi între 2007 şi 2012, anul în care ne aflăm, este o distanţă destul de lungă, credem că realizarea şi implementarea cardului reprezintă pe termen lung o investiţie justificată prin economiile pe care le va aduce la bugetul naţional de sănătate, pentru că va elimina risipa atunci când se vor evidenţia toate actele medicale de care a beneficiat anterior un pacient, indiferent unde se află acesta la un moment dat, în urgenţă, la medicul de familie, spital sau farmacie şi, lucru important, cardul va spune dacă pacientul şi-a plătit asigurarea obligatorie, suplimentară, facultativă etc

Călin Mărcușanu

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Malpraxisul medical p4
8 Recomandări ale medicilor p5
Produs japonez de excepție p6
Actavis premiază performanțele olimpicilor români la chimie p7
Cum recunoaștem un bun cardiolog ? p8
Siropurile naturale necesare dezvoltării copiilor p9
Sfaturi pentru o toamnă sănătoasă! p10
Bine de știut despre hipertensiunea arterială. p12
Noi considerente privind tratamentul anemiei p14
Boala coronariană ischemică p16
Refluxul gastroesofagian p18
Diagnostic și tratament în paraliziile cerebrale p20
Discopatia - Diagnosticul și tratamentul conservator al acesteia. p22
Metode de diversificare a alimentației bebelușului. p24
Chirurgia fără tăieturi p26
Chirurgia herniei p28
Chirurgie Endoscopică Transluminală prin Orificii Naturale (NOTES) p30
Cancerul de pancreas. p32
Ce sunt analizele de țesuturi și de ce trebuie făcute p34

EDITOR
FIN WATCH
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

Malpraxisul medical

Nu orice greșeală pe care o face un medic sau o asistentă medicală este considerată malpraxis. De exemplu, cazul în care medicul prescrie pe rețetă un alt medicament decât cel corect, cu un nume asemanator, dar farmacistul își dă seama și livrează pacientului medicamentul necesar. Greșeala medicului, prin forța împrejurărilor, nu a avut un efect negativ asupra pacientului.

Asistenta medicală trebuie să facă o injecţie cu antibiotic noaptea la ora 24. Dar ea este singură pe tură și are 30 de bolnavi în grijă, dintre care 10 au de făcut injecţii la aceeași oră. Injecţiile vor fi făcute între 11.30 și 12.30. Deși bolnavii protestează de multe ori, acest fapt nu poate fi considerat o eroare medicală.
Bolnavii reclamă de multe ori lucruri pe care nu le înţeleg sau care nu le-au fost explicate destul. De exemplu, cei care constată că sunt infectaţi cu virusul hepatitic B sau C, reclamă faptul că au fost infectaţi în urmă cu 1-15 ani, când au fost la dentist. Ei nu știu că aceste virusuri se pot transmite prin apă, mâncare, sânge, pe cale sexuală sau prin picăturile de salivă ale bolnavului acut.

Definiție

Malpraxisul este eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, generatoare de prejudicii asupra pacientului, implicând răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice.
Deci, trebuie să avem un prejudiciu și acesta trebuie să fie constatat de către Colegiul medicilor sau de instanţa de judecată.
Personalul medical răspunde civil pentru:

- prejudiciile produse din eroare, care includ și neglijenţa, imprudenţa sau cunoștinţe medicale insuficiente în exercitarea profesiunii, prin acte individuale în cadrul procedurilor de prevenţie, diagnostic sau tratament;
- prejudiciile ce decurg din nerespectarea reglementărilor privind confidenţialitatea, consimţământul informat și obligativitatea acordării asistenţei medicale;
- prejudiciile produse în exercitarea profesiei și atunci când își depășește limitele competenţei, cu excepţia cazurilor de urgenţă în care nu este disponibil personal medical ce are competenţa necesară.

Personalul medical nu este răspunzător pentru daunele și prejudiciile produse în exercitarea profesiunii:

a) când acestea se datorează condiţiilor de lucru, dotării insuficiente cu echipament de diagnostic și tratament, infecţiilor nosocomiale, efectelor adverse, complicaţiilor și riscurilor în general acceptate ale metodelor de investigaţie și tratament, viciilor ascunse ale materialelor sanitare, echipamentelor și dispozitivelor medicale, substanţelor medicale și sanitare folosite;
b) când acţionează cu bună-credinţă în situaţii de urgenţă, cu respectarea competenţei acordate.
Unităţile sanitare răspund în condiţiile legii civile pentru prejudiciile produse de personalul medical angajat, în solidar cu acesta dar și în calitate de furnizori de servicii medicale. În ultimii ani se remarcă reducerea numărului de cazuri grave de malpraxis, în urma mediatizării cazurilor, a creșterii gradului de informare a pacienţilor și, nu în ultimul rând, a creșterii preocupării medicului pentru un dialog eficient cu bolnavul.

Dr. Ioana Soare,
medic primar expertiză medicală

8 Recomandări
ale medicilor specialiști britanici

Oncologul:
„Ai grijă la greutate!"

„Majoritatea oamenilor știu că surplusul de greutate sporește riscul de boli cardio vasculare sau diabet, însă grăsimea poate fi și un factor declanșator al cancerului (la sân, la colon, la uter, la pancreas, la esofag, la rinichi, la vezica biliară), întrucât țesuturile grase produc mai mulți hormoni care cresc riscul apariției cancerului".

Medicul de familie:
„Ai grijă cu antibioticele!"

„Dacă iei antibiotice pentru toate bolile, sistemul imunitar nu se va dezvolta corespunzător și nu va mai putea apăra în viitor organismul de diverse infecții. O infecție minoră de obicei trece de la sine, fără ajutor medicamentos. Vor avea grijă anticorpii de ea. Antibioticele se utilizează doar în cazul unor infecții grave, precum pneumonia".

Dermatologul:
„Vitamina D protejează pielea."

„Vitamina D este esențială pentru sănătatea pielii. În plus o va menține mai mult timp tânără. Tot ce trebuie să faceți este să o protejați cu o cremă împotriva ultravioletelor și să luați vitamina D. Rugați medicul de familie să vă prescrie doza zilnică necesară".

Ginecologul: „Fă-ți testul Papanicolau până în 25 de ani."

„Femeile active din punct de vedere sexual trebuie să-și facă prima dată testul Papanicolau până să împlinească 25 de ani. Foarte multe cazuri de cancer în zona genitala pot fi evitate dacă se depistează din vreme vreo problemă".

Nutriționistul:
„Ciocolată în fiecare zi."

„Ciocolata face bine sănătății mintale. Conține serotonină și feniletilamine, două substanțe cu un rol determinant în crearea bunei dispoziții. Acestea se găsesc în mod natural în creier și sunt eliberate când suntem fericiți sau îndrăgostiți. Dar nici nu trebuie consumată foarte multă, sunt suficiente 30 de grame de ciocolată neagră".

Psihologul:
„Îmbrățișează-te în fiecare zi!"

„Deși mulți nu cred, starea emoțională contribuie din plin la starea de sănătate a întregului organism. Pentru a preîntâmpina depresia și a avea o dispoziție excelentă în fiecare zi e suficientă o singură îmbrățișare. Contactul fizic este foarte important pentru menținerea unei stări de bine".

Chirurgul ortoped:
„Poartă pantofi cu toc."

„Vă vine să credeți sau nu, pentru unele afecțiuni precum durerile de gambă sau tendonite, tocurile înalte sunt remediul. Dați uitării miturile că tocurile fac rău picioarelor. În general, problemele legate de talpa piciorului sau glezne sunt ereditare și n-au nici o legătură cu ce încălțări purtați".

ORL-istul:
„Nu bag niciodată în ureche ceva mai mic decât cotul."

„Sună ciudat, dar e o regulă generală. Oamenii au obiceiul să-și bage în ureche tot felul de obiecte pentru a-și curăța ceara (bețigașe, creioane etc). Ca să evitați deteriorarea ireversibilă a timpanului nu introduceți nimic în ureche. Absolut nimic. Ceara e acolo ca să vă protejeze".

Produs japonez de excepție

Oyama Agaricus Bio-Active MC, aceasta este denumirea suplimentului din Ciuperca lui Dumnezeu, care le-a redat speranța bolnavilor de cancer, de diabet, celor care au probleme cu tensiunea arterială, cu sistemul hormonal, cu sistemul nervos, cu diverse boli dermatologice sau cu surplusul de greutate.

De ce **Bio-Active MC?**

- Deoarece sănătatea este mai bună decât toate și meriți să ai parte de ea!
- Deoarece conține 100% extract din ciuperca Agaricus Blazei Murill, denumită „Ciuperca lui Dumnezeu", cunoscută pentru acțiunea antitumorală puternică.
- Deoarece ciuperca este cultivată în mediu natural, nu în seră, fără îngrășăminte chimice.
- Deoarece BIO ACTIVE MC îți oferă garanția calității japoneze, prin mărcile primite de la asociații de Medicină Alternativă și Complementară din Japonia.
- Deoarece îl achiziționezi din farmacie sau plafar, cu indicații de administrare personalizate.
- Deoarece vezi minime imbunătățiri ale stării de sănătate în 10-12 ZILE!
- Deoarece sănătatea este mai bună decat toate și meriți să ai parte de ea!
- Conține 120 de elemente necesare organismului (minerale, aminoacizi, oligoelemente) și este ușor de înghițit și ușor de asimilat!

Studiu de caz

Un caz reprezentativ este cel al doamnei P.N., în vârsta de 62 de ani, 160 cm înălțime și 53 kg, diagnosticată cu cancer la pancreas în fază avansată, care a urmat tratamentul clasic. După seriile de chimioterapie, organismul nu a reacționat conform așteptărilor și medicii au fost foarte sceptici cu privire la șansele de supraviețuire. În acel moment a început administrarea de Bio Active MC Oyama Agaricus progresiv, până la 3 pliculețe pe zi, în paralel cu un regim alimentar recomandat de medic. După 12 zile a observat că poate mânca ceva mai mult, stările de oboseală s-au ameliorat și a reușit să se deplaseze prin casă. După aproximativ 30 de zile, starea pacientei era vizibil îmbunătățită, având un tonus mai bun. Investigațiile care au avut loc după 3 și respectiv 6 luni, au avut rezultate neașteptat de bune, indicând o remisie semnificativă. Doamna P.N. a continuat administrarea timp de 3 ani (acum ia cate 1 pliculeț la 3-4 zile) și acum își desfășoară cu succes activitățile în grădină și în casă.
Remisii de 3-5 cm s-au observat și la tumorile la stomac și rinichi, stadiile III și IV, chiar și la pacienții cu vârste de peste 60 de ani care au consumat 3-4 pliculețe pe zi. Aceste rezultate au apărut la aproximativ 4-6 luni după începerea administrării Bio Active MC Oyama Agaricus.

Vom reveni cu noi cazuri.

Daniela Cismaru Inescu
SC Euro Japan Trading
*Mobil: 0723.93.30.**17***
***E-mail:** office@ejtrading.eu*
***Web:** www.ejtrading.eu*

Actavis premiază performanțele olimpicilor români la chimie

Actavis, lider mondial al industriei farmaceutice generice și unul dintre cei mai importanți jucători la nivel local, a fost alături de lotul elevilor olimpici la chimie, răsplătind performanțele extraordinare ale tinerilor medaliați la Olimpiada Internațională de la Washington, din perioada 21- 30 iulie a.c. cu o medalie de aur, două de argint și una de bronz.

Prin programul „Actavis susține performanța", concernul farmaceutic sprijină încă din 1992 tinerii cu rezultate deosebite în domeniul chimiei. Astfel, se continuă o tradiție de peste 20 de ani și se răsplătesc performanțele olimpice cu premii în valoare de: 2.000 de euro pentru medalia de aur, câte 1.500 de euro pentru cele două medalii de argint și 1.000 de euro pentru medalia de bronz.

Actavis recompensează rezultatele elevilor români care cu fiecare participare la olimpiadă aduc o contribuție notabilă la construirea unei imagini pozitive a României.

Anul ecesta, premiile au fost acordate unui grup de patru elevi:

Aur: Vlad Băcăuanu, absolvent al clasei a XII-a a Liceului Internaţional de Informatică din București

Argint: Alexandru Paraschiv, absolvent al clasei a XII-a a Colegiului Naţional „Sfântul Sava" și Andreea Filip, elevă în clasa a X-a a Liceului Internaţional de Informatică din București

Bronz: Silvian Baltac, absolvent al Liceului Teoretic „Neagoe Basarab" din Oltenița

Lotul de elevi a fost însoţit și coordonat și anul acesta de către Prof. Dr. Marius Andruh, de la Universitatea din București și de Prof. Daniela Bogdan, Inspector General în cadrul Ministerului Educaţiei, Cercetării, Tineretului și Sportului.

Programul „Actavis susține performanța" mai cuprinde pe lângă premiile menționate și acordarea unei burse lunare de 300 de euro componenților lotului care vor decide să studieze la o facultate din România, urmată în anii terminali de efectuarea unui stagiu de tip internship în cadrul Actavis.

„În cei 20 de ani, am învățat alături de olimpici ce înseamnă excelența, dorința de a învinge și puterea de a-ți urma visele și a le transforma în realitate. Felicitări acestor tineri minunați pentru rezultatele excepționale și pentru determinarea de care dau dovadă în munca lor.

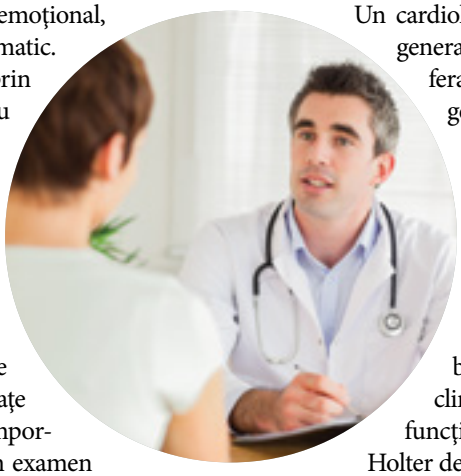
La fel ca sportivii olimpici români, elevii medaliați la Olimpiada de Chimie sunt mândria noastră națională. Suntem onorați să le fim alături și le mulțumim pentru faptul că prin rezultatele lor promovează valorile autentice românești, peste hotarele țării", a declarat Alina Culcea, Director General al Actavis România.

„Mulțumim companiei Actavis pentru sprijinul acordat și anul acesta, extrem de încurajator. În contextul în care atenția companiilor private se îndreaptă în principal către rezultatele de business, iar domenii precum cercetarea sunt puse într-un con de umbră, existența programului" Actavis susține performanța" este cu atât mai lăudabilă. Acesta va face diferența atunci când olimpicii noștri vor trebui să decidă dacă rămân în țara sau vor merge să profeseze în străinătate", a declarat Prof. Daniela Bogdan, Inspector General în cadrul Ministerului Educaţiei, Cercetării, Tineretului și Sportului.

Cum recunoaștem un bun cardiolog ?

Sănătatea dumneavoastră nu o puteți încredința oricui, indiferent de firmă sau faimă. Aveți nevoie de criterii de apreciere în relația medic-pacient.

Un element esenţial este experienţa medicului. Începând cu diagnosticarea, flerul medicului este rezultatul unei îndelungate experienţe.
Apreciaţi medicul după interesul şi răbdarea cu care vă ascultă şi vă examinează. Anamneza este de bază, iar orice amănunt din viaţa dumneavoastră poate fi revelatoriu. Multe boli îşi au sorgintea într-un puternic stres psihoemoţional, printr-un mecanism psihosomatic.
Examenul cordului începe prin ascultarea cu urechea sau cu stetoscopul, iar acest examen trebuie făcut cu pacientul în picioare (poziţia normală), culcat pe spate şi pe stânga, ridicat în picioare brusc după un minut de stat chircit - pe vine. Apoi, măsurarea tensiunii arteriale se face obligatoriu la ambele braţe (diferenţele pot fi un semn important). Nu se poate încheia un examen cardiologic fără cercetarea arterelor membrelor inferioare, a pulsaţiilor şi a tensiunii arteriale la gambe, nu doar la braţ, atât în repaos cât şi după efort fizic Examenul plămânilor este deasemeni foarte important deoarece „pulmonum cor anexum est", cele două organe formează un ansamblu cardiorespirator. Examenul clinic este în sine o veritabilă artă.
Electrocardiograma este o metodă de explorare de neprețuit, dar interpretarea traseului, respectiv traseele ECG trebuiesc interpretate. Există specialiști în electrocardiografie. Totuși, nu se pune un diagnostic doar pe baza traseului ECG, este nevoie de examenul clinic și, adesea, de date de laborator. Starea vaselor de sânge poate fi evaluată imediat și sigur prin examenul fundului de ochi, unde arterele și venele sunt perfect vizibile graţie transparenţei mediilor oculare. Medicii cardiologi cu pregătire cuprinzătoare pot face singuri examenul FO, cu oftalmoscopul sau cu ajutorul oglinzii concave perforate central, metodă simplă și la îndemână, fără a risca însă diagnostice oftalmologice complicate. Prin exerciţiu, cardiologul apreciază la fel de bine ca și un oftalmolog starea vaselor retinei.



Un cardiolog provenit dintr-un medic generalist sau internist (este preferabil) vă va face un examen general, pentru că inima nu este o piesă izolată ci parte integrată dntr-un ansamblu. Acest examen va include de pildă palparea ganglionilor limfatici. Suferinţa cardiacă poate fi doar un „epifenomen", o consecinţă a altei boli. Doar după un examen clinic amănunţit se continuă, funcţie de situaţie, cu un examen Holter de tensiune arterială, un Holter ECG, o ecocardiografie, radiografii, tomografii etc. Un ultim amănunt: un cardiolog bun vă pune în temă asupra posibilelor efecte adverse ale medicamentelor prescrise, fără să vă inducă o teamă nejustificată, inclusiv privind efectul medicamentelor care vă sunt administrate pentru alte boli. Am avut un pacient cu palpitaţii, extrasistole, înregistrate și de examenul ECG. Cauza? Utiliza picături pentru nas, suferea de rinită. Degeaba tratăm inima dacă rădăcina bolii se află în altă parte.

Conf. Dr Corneliu Zeana

Siropurile naturale
necesare dezvoltării copiilor

În perioada rece, organismul tău este supus acțiunii diferiților factori nocivi: frig, stres, oboseală etc. Toamna și iarna nu mai ai energia din timpul verii și acest lucru îți afectează randamentul și starea de sănătate.

Siropurile sunt o sursă naturală de nutrienţi care măresc rezistenţa organismului faţă de infecţii, faţă de anemie şi ajută copiii să se adapteze la eforturile fizice şi intelectuale.

Iată câteva siropuri naturale care au diverse efecte benefice pentru copiii noștri:

Sirop de ceapă
util în cazul tusei din angină şi faringită;

Sirop cu hrean
util în caz de tuse şi răceală; tratamentul durează 10 zile;

Sirop cu eucalipt
util în răceală şi tuse;

Siropurile de cătină
cresc puterea de concentrare şi au efect energizant, antigripal, întărind sistemul imunitar;

Siropul de măceșe
este vitaminizant, tonic, având proprietatea de a întări organismul; de asemenea, grăbește vindecarea gripei, scade temperatura corpului în timpul acceselor de febră şi creşte pofta de mâncare.

Siropul de pătlagină
calmează tusea şi este expectorant, recomandat în afecţiunile căilor respiratorii, în laringite, bronşite, în cazul tusei convulsive, dar şi pentru eliminarea limbricilor.

Sfaturi pentru o

Cornelia Gherga,
Farmacist Primar
Farmacia 3
www.farmacia3.ro

Toamna, vremea rece ne ia de cele mai multe ori prin surprindere, așa că medicii ne recomandă, în general, o cură cu vitamine. Aici deja apar câteva întrebări: Ce vitamine alegem? Sunt vegetalele o sursă bună, suficientă, de vitamine? Pentru o vitaminizare de toamnă reușită trebuie să știm de ce vitamine avem nevoie și câte să luăm.

De ce se recomandă să luăm vitamine toamna dacă am mâncat destule legume și fructe toată vara?

Necesarul de vitamine al organismului variază de la anotimp la anotimp. Toamna și iarna avem nevoie de mai multe vitamine pentru a ne întări sistemul imunitar. În plus, sezonul fructelor și legumelor proaspete se încheie. Din fericire, unele vitamine sunt depozitate de corp, prin urmare doctorii recomandă să urmăm o cură intensivă de vitamine de două ori pe an: primăvara și toamna. Vitaminizarea de toamnă permite depozitarea vitaminelor și ajută la prevenirea răcelilor comune și a depresiilor din timpul toamnei și iernii.

Vitaminizarea nu este necesară doar copiilor, bătrânilor sau persoanelor bolnave

Chiar și femeile tinere, pline de viață și puternice, au deficiențe de vitamine. De fapt, contraceptivele administrate pe cale orală reduc foarte mult gradul de absorbție a vitaminelor. De aceea, doctorii accentuează faptul că mai ales femeile trebuie să facă această cură de vitamine toamna. Necesarul de vitamine este mare și la persoanele care trăiesc în situații stresante, atleți, fumători, precum și la cei care consumă frecvent alcool. Sursele vegetale de vitamine nu sunt întotdeauna suficiente pentru o vitaminizare intensivă

Uneori, este cazul să apelați la suplimente din farmacii, chiar dacă acestea sunt vitamine sintetice. Consumul fructelor și legumelor proaspete are avantajele lui. Mai întâi, consumați vitamine în forma lor naturală, împreună cu materialele necesare pentru digerarea lor. Apoi, vitaminele din alimente sunt absorbite gradual și complet, pe măsură ce este digerată mâncarea. Spre deosebire de sursele vegetale, concentrația vitaminelor sintetice este foarte mare și doar o parte din ele este digerată. Moleculele vitaminelor farmaceutice și a celor vegetale sunt absolute identice. Prin urmare, în lipsa surselor vegetale de vitamine, partenerele lor, cele farmaceutice sunt alternativa potrivită. Toamna târziu și iarna trebuie să le folosim pe cele sintetice pentru că nu avem la dispoziție o gamă largă de fructe și legume. Consumul de suplimente sintetice dăunează doar atunci când se face fără măsură și fără recomandarea unui specialist.

toamnă sănătoasă!

Alegerea complexului de vitamine

Toamna avem nevoie mai ales de vitamine care să ne întărească sistemul imunitar. Cele mai cunoscute sunt vitamina C (acid ascorbic), vitamina A, vitamina E și vitamina B6. Ele cresc rezistenţa organismului în faţa infecţiilor virale și bacteriene și ne ajută să trecem peste gripă și răceală. Imunitatea și microelementele pot fi întărite cu ajutorul zincului, seleniului și cuprului. Aceste vitamine sunt necesare tuturor, de la bebeluși la bătrâni. Farmaciile oferă o gamă variată de suplimente de vitamine eficiente, dar acestea trebuie luate doar cu recomandarea medicului sau farmacistului.

Surse naturale de vitamine

Legumele și fructele toamnei sunt generoase cu noi în ceea ce privește necesarul de vitamine pentru întărirea sistemului imunitar. Vitamina C se găsește în cătina albă, măceș, varza proaspătă și ardei (primul loc în topul legumelor care conţin vitamina C). Ea este distrusă prin expunerea îndelungată la temperaturi ridicate și în contact cu metale (vase de aluminiu). Pentru a obţine doza zilnică de vitamina C este suficient un ardei gras proaspăt sau 200 de grame de varză proaspătă. Poate pregătiţi chiar un suc de varză!

Va acoperi nevoia de vitamine și vă va ajuta și la primele semne de răceală și gât inflamat.

Pentru rezervele de vitamina A avem nevoie de morcovi. Un pahar de suc de morcovi pe zi are efect antiseptic, antiinflamator, cu efecte împotriva cancerului și revigorează culoarea pielii.

Vitamina E este cel mai puternic antioxidant natural. Spre deosebire de vitamina A, vitamina E nu poate fi stocată în corp, fiind foarte greu să facem rezerve pentru mai târziu. Vitamina E se găsește din abundenţă în uleiurile vegetale (de floarea soarelui, măsline, migdale), precum și în nuci, alune, migdale. Pe lângă utilizarea uleiurilor vegetale pentru gătit, este necesar și consumul unei linguri de ulei proaspăt zilnic.

Vitamina B6 este o vitamină specială pentru imunitate și se găsește în mai multe legume: cartofi, morcovi, varză, păstăi, boabe. Din sucurile de legume se pot pregăti compoziţii exotice pline de vitamine. Merele conţin peste 300 de substanţe active, strugurii sunt o bogată sursă de antioxidanţi, iar ceapa și usturoiul ne furnizează zinc, seleniu și fier, oligoelemente atât de necesare pregătirii organismului în lupta cu frigul.

Pe lângă întărirea imunităţii, trebuie să vă gândiţi și ce vitamine sunt aproape imposibil de găsit iarna - vitamina D, spre exemplu, care este sintetizată doar în reacţie cu razele soarelui. Din fericire, ea se acumulează cu succes în organism. Dacă aveţi posibilitatea, trebuie să faceţi băi de soare de circa 15-20 de minute pe zi. Această recomandare se adresează mai ales copiilor de circa 10-12 ani și femeilor de peste 35-40 de ani.

Profitaţi cât puteţi de legumele și fructele parfumate ale toamnei; dacă e cazul, consultaţi medicul personal pentru a vă depista eventualele deficienţe de vitamine, iar farmacistul vă poate recomanda complexul potrivit de vitamine, care să vă facă bine, nu să vă dăuneze.

Să fiţi sănătoși
și să aveţi parte de o toamnă frumoasă!

Bine de ştiut despre hipertensiunea

Tensiunea arterială sistolică reprezintă presiunea cu care inima împinge sângele în artere, iar tensiunea arterială diastolică este presiunea existentă în vase în timpul relaxării inimii (diastolă), valorile măsurate exprimându-se în milimetri coloană de mercur (mmHg). Se înţelege prin hipertensiune arterială (HTA) creşterea peste normal a valorilor tensiunii arteriale – fie ea sistolică sau diastolică – sau a amândurora.
Limitele normale ale tensiunii arteriale variază în funcţie de vârstă. Pentru o persoană adultă, valorile normale ale tensiunii arteriale trebuie să fie mai mici de 140/90mmHg. La persoanele cu diabet zaharat, precum şi la cele cu risc cardiovascular crescut este indicat ca valorile tensiunii arteriale să fie sub 130/80 mmHg.
Tensiunea arterială nu are o valoare fixă pe parcursul unei zile, dar la o persoană sănătoasă ea se menţine în limite normale cu mici variaţii. Situaţii ca efortul fizic intens, emoţiile pozitive ori negative, consumul de lichide – şi, în special, de alcool –,pot duce la creşteri pasagere ale tensiunii chiar şi la persoane sănătoase.
Hipertensiunea arterială poate fi esenţială (sau primară, 95% dintre pacienţii hipertensivi) şi secundară – cel mai adesea ca urmare a unor boli endocrine sau renale.
HTA esenţială este o boală cronică foarte frecventă la populaţia adultă (40%); practic, după ateroscleroză (îngroşarea pereţilor arteriali cauzată de depuneri de grăsime), HTA este cea mai răspândită boală a aparatului cardiovascular.

Printre factorii implicaţi în producerea HTA esenţiale se numără: ereditatea (dacă unul sau ambii părinţi au avut HTA, riscul de a avea această maladie este mai mare), vârsta (HTA apare mai frecvent la persoane peste 40 de ani), sexul (HTA este mai frecventă la bărbaţi); aceşti factori sunt nemodificabili. Există însă şi factori care ţin de stilul de viaţă şi deci pot fi influenţaţi: fumatul, consumul excesiv de sare, excesul alimentar şi cel de alcool, sedentarismul, stresul (fizic şi psihic).

Cum acționează

În timp, valorile tensionale constant mari modifică vasele din organism ducând la accelerarea procesului de îmbătrânire. Această acţiune se manifestă atât pe vasele mari, unde potenţează fenomenele de ateroscleroză - ceea ce are drept consecinţă apariţia accidentelor vasculare cerebrale, a infarctului miocardic -, cât şi pe vasele mici, pe care le distruge, determinând boală cronică renală sau la nivelul ochiului, unde afectarea vaselor poate să ducă la pierderea vederii.
Aceleaşi valori tensionale mari suprasolicită constant şi permanent muşchiul inimii, care iniţial se adaptează la presiunea crescută prin îngroşare (hipertrofie), pentru ca ulterior forţa lui să scadă, inima să se mărească şi să apară fenomenele de insuficienţă cardiacă.
Riscul de a face complicaţii creşte proporţional cu creşterea valorilor tensionale şi cu durata bolii.

Cum se pune diagnosticul

Valorile crescute ale tensiunii pot da: dureri de cap, ameţeli, tulburări de vedere, zgomote în urechi, dificultăţi la respiraţie în timpul efortului, sângerări nazale (epistaxis).
HTA se poate diagnostica uşor prin măsurarea valorilor tensionale cu ajutorul tensiometrului, care nu trebuie să depăşească 160-90. De asemenea, tensiunea se poate măsura pe 24 de ore cu aparate speciale, realizându-se o metodă de monitorizare continuă: examenul Holter de tensiune.

arterială

La consultul inițial este indicat ca tensiunea să fie măsurată la ambele brațe, la membrele inferioare, culcat și în picioare. Ulterior, tensiunea se poate măsura la brațul cu valorile cele mai mari și, de obicei, se fac minimum două măsurători, la interval de 1-2 minute, păstrându-se valoarea cea mai mică.

Tensiunea se poate măsura atât la domiciliu cât și la spital sau la cabinet, unde adesea este ușor crescută față de valorile obișnuite (tensiunea de halat alb).

În cazul unui pacient căruia i s-au găsit valori tensionale crescute în urma unui examen clinic complet, medicul va recomanda o serie de investigații de laborator, prin care să aprecieze răsunetul tensiunii crescute pe inimă, vase, rinichi, creier. După precizarea diagnosticului corect, este necesară instituirea unui tratament care să ducă la scăderea valorilor tensionale, a altor factori de risc (colesterolul crescut), dar și a complicațiilor posibile. Tratamentul hipertensiunii se continuă toată viața, ajustându-se în funcție de valorile tensionale. El implică atât modificarea stilului de viață cât și o medicație specifică hipotensoare.

Să o combatem

Modificarea stilului de viață implică măsuri simple, dar extrem de eficiente. Reducerea aportului de sare la minim, prin eliminarea oricăror alimente sărate și nefolosirea de sare în alimentație. S-a demonstrat experimental că sarea duce rapid la creșterea presiunii arteriale, efect cu durată de câteva ore după consum. Pentru persoanele supraponderale, cura de slăbire, precum și păstrarea unei diete fără grăsimi, reprezintă o modalitate de a reduce tensiunea, în plus, scăderea în greutate reducând riscul de apariție a aterosclerozei sau a diabetului zaharat. În paralel, se recomandă un consum crescut de fructe și legume, în special de afine și suc de tomate proaspete, ca și scăderea consumului de alcool, cunoscându-se că alcoolul în doze mari (peste 400-500 ml vin/zi, 200 ml băuturi tari, 1 litru bere) favorizează creșterile de tensiune și apariția accidentului vascular cerebral. Sunt esențiale renunțarea la fumat și efectuarea de efort fizic moderat minimum 30 de minute/zi (înot, alergare, bicicletă). Nu trebuie uitat nici de respectarea perioadelor de concediu, ca și a orelor de somn și de relaxare, combaterea stresului contribuind la reducerea HTA.

În concluzie, nu subestimați acest dușman tăcut, controlați-vă regulat tensiunea arterială, iar dacă valorile ei sunt peste limita normală, schimbați-vă stilul de viață și consultați specialistul!

Dr. Camelia Teleianu, *medic primar cardiologie, doctor în științe medicale, Centrul Medical Medsana*

Noi considerente privind tratamentul anemiei

Leziunile gastrointestinale superioare cauzate de administrarea tabletelor cu fier, la doze terapeutice, nu sunt foarte clar ştiute şi recunoscute. Studii recente arată că depunerea de fier la nivelul tractului gastrointestinal superior la pacienţii care iau tablete cu fier este frecvent asociată cu eroziuni ale mucoasei esofagului şi ale stomacului.

Datorită acestei asocieri, trebuie luate în considerare preparate alternative tabletelor cu fier. De exemplu, preparatele lichide cu fier sunt recunoscute a fi mai bine tolerate, având mai puţine efecte adverse. Recent, conform Ghidului Societăţii Britanice de Gastroenterologie, gluconatul feros în formă lichidă este mai eficient şi mai bine tolerat decât alte formulări solide sau lichide de fier. De asemenea, sunt recomandate sărurile feroase sub formă lichidă şi în combinaţie cu alte oligoelemente.

Preparatele care conţin fier sub formă de săruri feroase ($Fe2^{+}$) au o absorbţie mai bună şi efecte secundare scăzute faţă de preparatele care conţin săruri ferice ($Fe3^{+}$), iar preparatele care conţin fier sub formă de soluţie au o biodisponibilitate mai mare decât comprimatele.

Conceptul pluricarenţial al anemiei este subliniat de O.M.S şi UNICEF, care menţionează că unul dintre motivele de eşec în reducerea prevalenţei anemiei a fost asumpţia că singura cauză a anemiei este deficienţa de fier, fără a fi luat în calcul faptul că anemia poate fi determinată şi de deficienţa altor oligoelemente. Asocierea dintre gluconat feros, gluconat de cupru şi gluconat de mangan este indicată în prevenţia şi tratamentul anemiei prin deficit de fier, având aport de fier şi alţi micronutrienţi necesari organismului. Această asociere acţionează în toate stadiile metabolismului fierului, compensând potenţialul deficit de cupru asociat cu deficitul de fier. Astfel, asocierea dintre gluconat feros, gluconat de cupru şi gluconat de mangan va duce la eficienţă clinică rapidă, prin normalizarea hemoglobinei şi refacerea rezervelor de fier. Cuprul în tratamentul anemiei este necesar, deoarece anemia este cea mai comună manifestare clinică a deficienţei de cupru. Combinaţia fier şi cupru a fost studiată clinic încă din 1928, iar de-a lungul timpului a determinat un răspuns maxim în regenerarea hemoglobinei, faţă de monoterapia cu fier. Cuprul face parte din nutrienţii recomandaţi de O.M.S şi UNICEF pentru populaţiile aflate la risc. Manganul contribuie la eritropoieză şi în sinteza hemoglobinei. Este un cofactor important în activarea multor sisteme enzimatice, ajută la fixarea calciului şi a fierului şi are rol în formarea oaselor.

Astfel, pentru succes terapeutic demonstrat, asocierea dintre gluconat feros, gluconat de cupru şi gluconat de mangan reprezintă tripletul necesar pentru prevenirea şi tratarea anemiei, cu eficienţă şi tolerabilitate demostrate faţă de alte formulări solide sau lichide de fier.

Sursa: Laboratoire Innotech International

Reprezentanţa pentru România:
Piaţa Charles de Gaulle, Nr. 2, Et. 2, Ap. 3, Sect. 1, Buc.
Tel: 021 230 20 44, Fax: 021 23020 47

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:

MEDIA MED PUBLICIS

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

www.cardioportal.ro

Boala coronariană

Descrierea bolii

Boala coronariană ischemică (BCI) este o afecţiune a arterelor (coronare) care alimentează cu sânge oxigenat muşchiul inimii şi se caracterizează prin îngustarea coronarelor, cu diminuarea aportului de sânge oxigenat la nivelul miocardului (fenomen denumit ischemie miocardică). Porţiunea din muşchiul cardiac care nu primeşte suficient sânge oxigenat se va contracta ineficient, Această îngustare a coronarelor se datorează depunerilor de grăsime şi colesterol, denumite generic plăci de aterom.

Manifestări (simptomatologie)

Îngustarea (stenozarea) unei coronare induce dureri toracice pe care pacientul le resimte ca pe "o gheară" în piept, cu iradiere pe braţul stâng sau pe ambele braţe, spre baza gâtului sau chiar în mandibulă. Acest tip de durere poartă numele de angină pectorală şi poate dura până la câteva zeci de minute. Ea este localizată pe o zonă mai mare (nu într-un singur punct), nu este influenţată de poziţia trunchiului, de mişcările respiratorii şi cedează rapid (1-2 minute) după administrarea sublinguală de comprimate cu nitroglicerină.
Uneori, durerile anginoase atipice pot fi uşor confundate cu dureri reumatice (în spate, în omoplaţi) sau cu durerile de stomac (în epigastru).
La aproximativ 5-10 % din pacienţi, stenozele nu sunt însoţite de dureri anginoase (ischemie silenţioasă), ceea ce poate duce la întârzierea stabilirii unui diagnostic corect şi a unui tratament eficient.
Alte simptome care pot însoţi stenozele coronariene sunt palpitaţiile (bătăi ale inimii rapide şi/sau neregulate, senzaţia unei "pauze" etc.) şi dispnee de efort (senzaţie de lipsă de aer la eforturi fizice).

Factori de risc

Apariţia stenozelor coronariene este favorizată de mai mulţi factori de risc, care, cu cât sunt mai numeroşi, cu atât şi probabilitatea de a apărea mai multe stenoze este mai mare.

Dintre factorii de risc care predispun la apariţia stenozelor coronariene pot fi enumeraţi: stresul, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, antecedentele heredocolaterale de afecţiuni cardiovasculare (aglomerări familiale ale afecţiunilor cardiovasculare), fumatul, dislipidemia (valori crescute ale lipidelor, colesterolului, trigliceridelor etc. în sânge), coagulopatii (anomalii ale diferitelor componente ale sângelui care pot predispune la apariţia stărilor de hipercoagulabilitate).
Evaluarea periodică a acestor factori de risc prin investigaţii şi analize specifice (în cadrul controalelor cardiologice la 1, 3, 6 luni sau 1 an) este necesară pentru a preveni eventuale complicaţii cardiovasculare şi, în acelaşi timp, pentru a verifica eficienţa tratamentului medicamentos administrat împotriva factorilor de risc.

Dintre analizele utile (este necesară recoltarea de sânge) pentru monitorizarea factorilor de risc pot fi enumerate: coagulograma completă, lipidograma, glicemie, glicemie provocată, proteina C, proteina S etc.

Investigaţii: Electrocardiograma (EKG)

EKG-ul poate arăta modificări specifice ischemiei miocardice chiar dacă pacientul nu are dureri anginoase (cazul ischemiei silenţioase) şi este efectuată de obicei la fiecare control cardiologic. Controalele cardiologice însoţite de EKG pot fi efectuate la 1 lună, 3 luni, 6 luni sau ori de câte ori este necesar, în funcţie de starea pacientului şi de evoluţia afecţiunii.

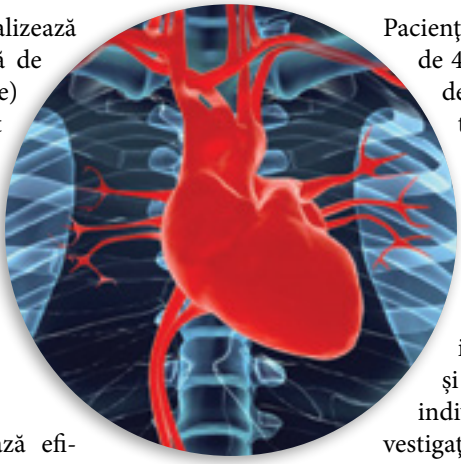
ischemică

Testul de efort

Se efectuează la bicicleta ergometrică, la covorul rulant sau la scăriță, în funcție de vârstă, greutate, înălțime, afecțiuni asociate. și are o sensibilitate de aproximativ 90%, adică dacă rezultatul este negativ (adică normal), atunci, cu o mare probabilitate, coronarele nu sunt afectate. Testul de efort evidențiază însă ischemia miocardică și dacă EKG-ul de repaos este normal.

Testul Holter

Este o investigație care realizează înregistrarea pe o perioadă de timp (6 ore, 12 ore, 24 ore) EKG-ul pacientului. În acest fel pot fi observate, în regimul vieții de zi cu zi, eventuale modificări specifice ischemiei miocardice sau ritmuri cardiace anormale (extrasistole etc.).



Ecografia cardiacă

Ecografia cardiacă evaluează eficiența contracțiilor miocardice ale întregului ventricul stâng cât și la nivelul unor porțiuni din mușchiul ventriculului stâng. Sunt depistate astfel zone ale miocardului care se contractă deficitar sau nu se contractă deloc (în situația unui infarct miocardic anterior).

De asemenea, ecografia cardiacă este utilă la depistarea și evaluarea altor afecțiuni cardiace asociate, cum ar fi afecțiunile valvulare și malformațiile congenitale (asociat cu Dopplerul cardiac).

Ecografia cardiacă efectuată cu administrare de dobutamină pune mai bine în evidență anomaliile de contractilitate a miocardului decât ecocardiografia clasică.

Alte investigații

1. Scintigrama miocardică cu test de efort, care face o diferențiere mai bună între teritoriile miocardice potențial viabile și cele neviabile.

2. Coronarografia neinvazivă, obținută prin computer tomograf "multislice" (cu achiziție rapidă a imaginilor).

Aceste investigații sunt mai rar folosite și au indicații în cazuri speciale.

Concluzii

Pacienții bărbați cu vârste mai mari de 40 de ani și femeile peste 45 de ani cu 2 sau mai mulți factori de risc cardiovascular asociați, cu simptomatologie specifică de BCI și/sau modificări ale EKG ischemolezionale, au indicații de efectuare a controalelor cardiologice periodice (la intervale cuprinse între 1 și 6 luni, în funcție de starea individuală de sănătate) și a investigațiilor menționate.

Nerespectarea evaluărilor periodice prezentate poate duce la agravarea afecțiunii coronariene și la creșterea duratei și a frecvenței crizelor anginoase, eventual instalarea unor complicații cardiovasculare majore (infarct miocardic acut etc.). Evoluția nefavorabilă a BCI se poate produce și în absența simptomatologiei (ischemie silențioasă, ca în cazul unor pacienți cu diabet zaharat), ceea ce subliniază și mai mult necesitatea monitorizării sistematice a stării de sănătate prin consulturi cardiologice și investigații corespunzătoare.

Prof. univ. dr. Ion Țintoiu
Medic primar interne-cardiologie – FESC

Refluxul

Boala de reflux gastroesofagian se caracterizează prin refluarea conținutului gastric în esofag. Consecința acesteia este esofagita de reflux, produsă prin lezarea mucoasei esofagiene.

Pentru apariția un episod de reflux gastroesofagian trebuie să fie îndeplinite două condiții: conținutul gastrointestinal să fie „pregătit" de a reflua (prin diverse mecanisme), și să fie compromis mecanismul antireflux al capătului esofagian inferior.

Clinic, pacienții pot prezenta: senzație de arsură retrosternală, regurgitații acide, de obicei, durere la deglutiție (înghițire) în esofagitele severe și, nu de puține ori, și simptome respiratorii sau cardiace, care pun probleme de diagnostic diferențial (ex. dispnee ca în astm, tuse nocturnă ca în insuficiența cardiacă, dureri precordiale ca în angina pectorală). O anamneză corectă și amănunțită însă ajută la diferențiere.

În sprijinul stabilirii diagnosticului se folosesc explorările paraclinice: examen radiologic baritat, înregistrarea pH-ului intraesofagian, endoscopia digestivă superioară, biopsia mucoasei esofagiene, studiul motilității esofagiene, alte teste speciale.

Complicațiile care pot surveni în cazul acestor afecțiuni sunt: stenoza esofagiană („strâmtarea" sfincterului esofago-gastric, ceea ce împiedică trecerea alimentelor din esofag în stomac, cu slăbire marcată consecutivă); hemoragia digestivă superioară (care duce la anemie); perforația (rară); esofagul Barrett (stare precanceroasă); cancerul esofagian. Complicații majore pot apărea și la pacienți fără simptome!

gastroesofagian

Cauze

Cauza exactă a BRGE este necunoscută. Cercetătorii au arătat ca SEI se relaxează atunci când restul esofagului prezintă activitate. Modificările anatomice, cum ar fi hernia hiatală, pot de asemenea, să contribuie.
Alţi factori care contribuie sunt: obezitatea, graviditatea, fumatul, alimentele grase, ciocolata, citricele, cafeaua, sucurile carbogazoase, usturoiul, ceapa, menta, condimentele, roșiile.

Tratament

Unul dintre cele mai simple tratamente ale BRGE este schimbarea stilului de viață:
evitarea alimentelor care produc reflux, ridicarea capului în timpul somnului cu o pernă în plus, mestecarea de gumă (aceasta crește secreţia de bicarbonat în sucul gastric și neutralizează acidul).

Medicația

Antiacidele neutralizează acidul gastric, dezavantajul fiind reprezentat de perioada scurtă de acţiune a acestora, care se încheie odată cu golirea stomacului - de aceea se administrează o a doua doză de antiacide la două ore după masă; exemple: antiacidele pot fi pe bază de Ca, Mg, Al - carbonat de Ca. Antiacidele pe bază de Al au tendinţa de a cauza constipaţie, iar cele cu Mg, diaree.

Antagoniștii histaminici sunt eficienţi pentru o neutralizare a secreţiei de acid prelungite. Histamina este o substanţă eliberată de peretele stomacului, care stimulează secreţia de acid. Antagoniștii histaminici vor bloca receptorii histaminici H2. Aceștia trebuie luaţi cu minimum 30 de minute înainte de masă pentru a fi eficienţi. Patru tipuri de antagoniști sunt astăzi utilizaţi: ranitidina, cimetidina, nizatidina și famotidina.

Inhibitorii pompei de protoni prezintă avantajul de a bloca complet secreţia de acid. Aceștia sunt folosiţi atunci când antihistaminicele nu dau rezultate sau când există ulcere sau esofag Barrett, iar refluxul nu trebuie să fie acid. Există cinci tipuri de inhibitori aprobaţi pentru tratament: omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, esomeprazol și rabeprazol.

Medicamentele prokinetice acţionează prin stimularea musculaturii tractului digestiv.
Metoclopramidul este unul dintre acestea. Prokineticele sunt cele mai eficiente dacă sunt luate la 30 de minute după masă și o nouă doză la culcare.

Barierele mecanice sunt tablete compuse dintr-un antiacid și un agent plastic care se dezintegrează în stomac și se transformă într-un cauciuc ce plutește la suprafaţa conţinutului, formând o barieră fizică. Combinaţia cuprinde gel de hidroxid de Al, trisilicat de Mg și alginat.

Chirurgia este o opţiune atunci când medicamentele nu sunt eficiente. Procedura utilizată este fundoplicatura, numită și chirurgie antireflux. Chirurgia este foarte eficientă în ameliorarea simptomelor. 80% dintre aceștia vor avea o evoluţie foarte bună, simptomele revenind abia după 10 ani.
Endoscopia este o procedură introdusă recent, care implică suturarea SEI, neinvaziv.
O altă tehnică folosește iradierea SEI determinând leziuni care se vor cicatriza și vor strânge inelul muscular, micșorându-i diametrul.
A treia tehnică implică injectarea de polimer în SEI, crescând astfel presiunea acestuia.

Dr. Claudia Maria Stoia
medic primar pneumolog.
www.medicpneumolog.com

Diagnostic și tratament

Conf. dr.
Liliana Pădure

A. Particularități de diagnostic

Sintagma "diagnostic corect" înseamnă și un tratament adecvat, necesitând completarea: diagnostic PRECOCE și corect în paraliziile cerebrale. Aceasta poate permite instituirea unui tratament menit să trateze paraliziile și să ameliioreze potențialul motor al copilului.

De altfel, consider integrată în DRAGOSTEA și RESPECTUL pentru copil, preocuparea pentru extinderea posibilităților de diagnostic și tratament precoce al bolilor sale neuromotorii, precum cele generate de suferința neonatală.

Precocitatea diagnosticului în aceste boli la copil se realizează doar prin conlucrarea în echipă a neonatologului, pediatrului, medicului de familie, de recuperare, neuropediatrului, ortopedului.

• **Prima particularitate de diagnostic este ANAMNEZA MINUȚIOASĂ a perioadei :**

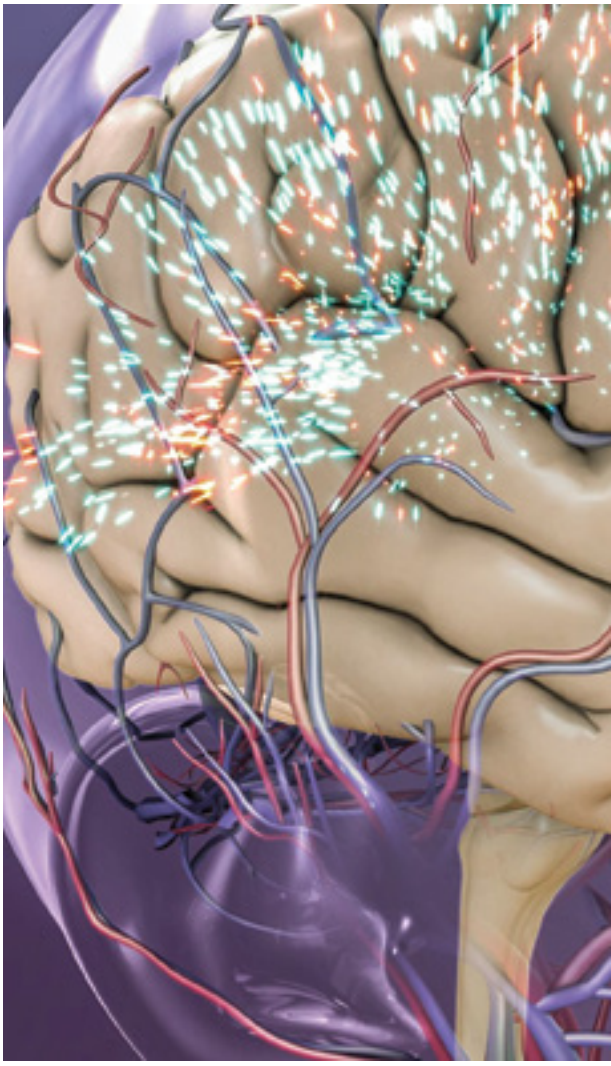
1. antenatale, când decelăm noxe în care a trăit mama, disgravidii de ultim trimestru, traumatisme, care prin hipoxie pot influența desăvârșirea sistemului nervos al fătului;
2. perinatale, când urmărim cum a decurs travaliul și expulzia fătului. Factorii care intervin în această perioadă reprezintă aproximativ 55% dintre cauzele de paralizii cerebrale;
3. postnatale: depistarea bolilor sau a factorilor traumatici acționând în prima sau a doua copilărie, care dau 15% dintre paraliziile cerebrale.

• **Altă particularitate a diagnosticului paraliziilor cerebrale o reprezintă:**

EVALUAREA NEUROMOTORIE a sugarului după examinarea sa minuțioasă, care depinde de vârstă, după cum urmează:

I. În perioada NEONATALĂ urmărim:

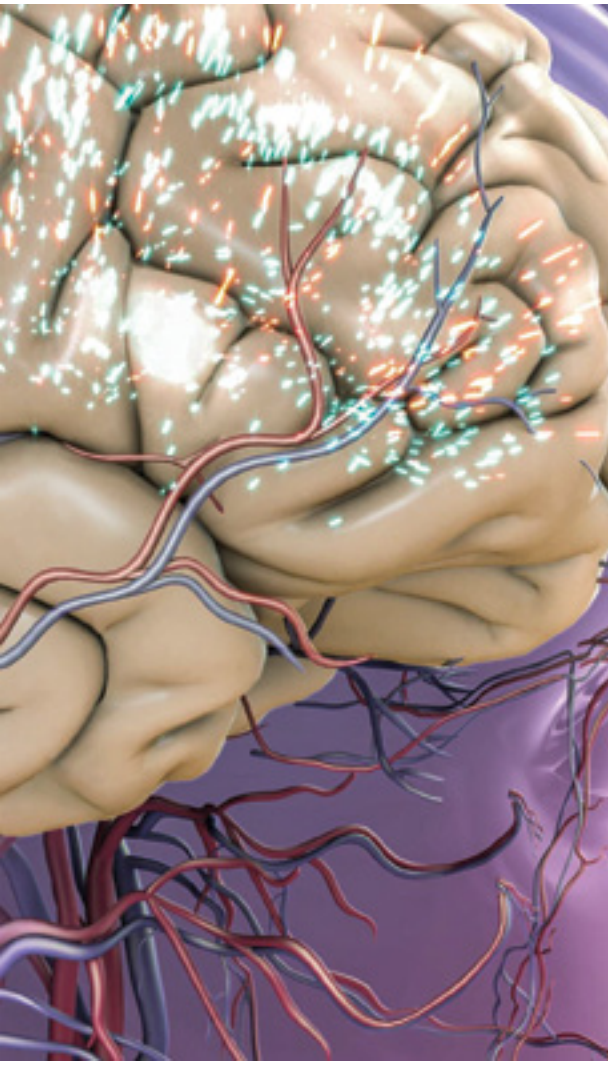
- relații despre dezvoltarea fătului de la 28 la 40 de săptămâni de gestație;
- tonusul muscular;
- reflexele primare;
- perioadele de veghe și somn;
- potențialul senzorial al nou-născutului;
- aspectul și dezvoltarea craniocerebrală;



în paraliziile cerebrale

II. Examenul clinic al sugarului și copilului mic:
Anamneza:
- ritm veghe-somn;
- felul plânsului;
- calitatea suptului, a deglutiției;
- mișcări anormale, convulsii.

Examenul clinic al craniului (perimetru, fontanele, suturi, forme particulare sugestive)



Semne oculare (strabism, nistagmus, privire în apus de soare)
Dezvoltarea senzoriala (urmărirea cu privirea, reflex cohleopalpebral)

B. Particularități de tratament

Trecând în SFERA TERAPEUTICĂ, prima particularitate a ei este implementarea ideii, în anturajul copilului spastic, că posibilitățile recuperatorii trebuie să devină un "modus vivendi" (așa cum diabeticul își ia zilnic doza de insulină, aici posturarea corectă, mișcarea de o anumită factură, tehnicile de inhibiție a spasticității fac parte dintr-o existență cotidiană relativ acceptată).

A doua particularitate este că, în patologia spastică, instituirea precoce a tratamentului recuperator prin includerea sugarului de 4-5-6 luni în programul kinetic de neurodezvoltare reprezintă o garanție a reușitei terapeutice.

Tot ca o particularitate în tratamentul recuperator al copilului spastic este că mama învață devreme să manipuleze, postureze și astfel să continue tratamentul zilnic, ACASĂ. Doar așa sunt prevenite hipertoniile predominante, retracțiile, atitudinile vicioase, refăcându-se tonusul muscular exagerat sau diminuat al antagoniștilor.

Necesar și particular în terapeutica copilului spastic este ca aceasta să se desfășoare într-un climat cald, DE JOC, să se creeze un decor colorat, sedativ, benefic RELAXĂRII anxietății copilului, care trebuie stimulat psihic, kinetic, electric, termic, pentru adaptarea deficitului său neuromotor la exersare zilnică, pentru antrenarea funcției neștiute, pentru învățarea gesturilor și educarea tuturor deprinderilor care au ca scop final anularea, atenuarea, compensarea deficienței fizice.

Așadar, terapia copilului spastic are ca final plantarea acestuia în existență, ceea ce pentru copilul normal s-a produs fizic prin automatismele engramelor de mișcare NEDERANJATE de leziunile cerebrale minime sau majore.

Discopatia
Diagnosticul și tratamentul

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

Atunci când sunt îndeplinite condițiile de deteriorare a discului intervertebral și/sau de suprasolicitare extremă sau susținută a coloanei vertebrale, în contextual unui tonus muscular neadecvat, apare suferința discală, numită discopatie. Evoluția discopatiei se face în mai multe etape. La început, apare durerea lombară datorită iritării nervului sinovertebral de către nucleul pulpos care migrează printre elementele fisurate ale inelului fibros.

Concomitent cu durerea, apare criza de lumbago, definită ca o contractură puternică și dureroasă a mușchilor paravertebrali lombari, care imobilizează persoana respectivă. În stadiul următor, spațiile intervertebrale se îngustează, apare protruzia postero- laterală a discului herniat, care va intercepta în calea sa o rădăcină nervoasă, diminuând în același timp și orificiul de emergenţă al rădăcinilor nervului sciatic, apărând simptomul de lombosciatică. Dacă discul herniat ajunge la rădăcină, pe care doar o atinge, fară a o comprima sau leza în vreun fel, durerea are caracter mecanic fără semne neurologice. Când materialul herniat ajunge la rădăcina nervoasă, pe care deși nu o lezează, o comprimă, apar paresteziile pe traiectul durerii și diminuările sau dispariţiile unor reflexe osteotendinoase. Prin conflictul cu discul herniat, poate apare pareza, respectiv paralizia, deficitul motor.
Faza modificărilor de tip degenerativ, cu apariţia discartrozei și a artrozei interapofizare, apare odata cu vârsta, când nucleul pulpos își pierde îmbibaţia normală cu apă, se deshidratează sau ratatinează și devine friabil. În același timp, inelul fibros sufera și el modificări importante în urma repetatelor solicitari mecanice la care a fost supus.

Radiografia standard de coloană lombară nu furnizează nici un semn direct de hernie de disc. Semnele sunt descrise în așa numita triadă Barr, caracterizată prin rectitudinea coloanei lombare, scolioză lombară și pensare a spaţiului discal.
Tomografia computerizată poate stabili diagnosticul, dar se recurge la ea atunci când se ridică probleme de diagnostic diferenţial.
Cea mai fidelă investigaţie rămâne însă rezonanţa magnetică nucleară.
Se mai poate solicita examenul electromiografic, investigaţie foarte utilă în herniile de disc asociate cu suferinţe radiculare, atât pentru stabilirea cu certitudine a teritoriului afectat, cât și pentru evaluarea în dinamică a evoluţiei modificărilor. Explorarea electromiografică va putea arăta un traseu de denervare totală sau parţială, acută sau cronică, va putea preciza dacă regiunile vecine sunt indemne sau va stabili locaţia afectării radiculare.

Obiectivele tratamentului aplicat sunt: combaterea durerii, a contracturii musculare și descărcarea mecanică a coloanei vertebrale, corectarea dezechilibrelor musculare între agoniști și antagoniști, restabilirea controlului adecvat al mișcării, profilaxia recidivelor.

Mijloace de tratament
1. Tratament igieno-dietetic

Repausul ideal se face pe un pat dur. Bolnavul va gasi poziţia convenabilă, culcat pe o parte, cu genunchii îndoiţi. Repausul absolut se recomandă

conservator al acesteia

în suferinţele acute, fiind suficiente 2-4 zile.
Se va recomanda regim hipocaloric la bolnavii cu exces ponderal. Recomandarea medicaţiei antiinflamatorii se va însoţi de regim hiposodat.

2. Tratament medicamentos

Analgezicele obişnuite administrate oral sau intrarectal, de tipul algocalminului.
Tratamentul medicamentos de bază se face cu antiinflamatoriile steroidiene de tipul indomethacin, diclofenac cp sau supozitoare, piroxicam cp sau supozitoare, ketoprofen tb etc.
Antiinflamatoriile steroidiene se recomandă în formele hiperalgice, ţinând cont de contraindicaţii şi de efectele adverse cunoscute. Se pot recomanda 30 mg prednison ca doză de atac, doză pe care o scădem la fiecare două zile cu 5 mg (o tabletă).
Decontracturantele precum diazepam, clorzoxazon, mydocalm se vor folosi cu prudenţă la bolnavii la care se poate controla repausul la pat.
Alte clase de medicamente care pot fi folosite: vitaminele din grupul B, tranchilizantele, antidepresivele de tipul carbamazepinei sau Lyrica etc.
Pentru infiltraţii paravertebrale se vor folosi xilina asociată cu produse cortizonice cu efect prelungit de tipul Diprophosului.
Se pot aplica plasturi cu efect local sau se pot face aplicaţii cu gel locoregional.

3. Tratament fizical

Electroterapia are doar efect adjuvant în herniile de disc, fără a putea înlocui celelalte forme de tratament, principalele efecte favorabile fiind cel antialgic, antiinflamator, hiperemiant, decontracturant. CDD sau curenţii diadinamici au efecte spectaculoase în crizele de lumbago nediscogen, galvanoionizările folosite în sciatalgii, mediafrecvenţa sub forma curenţilor interferenţiali este mai puţin eficientă în formele acute, având un bun efect de contracturant. Curenţii exponenţiali se folosesc pentru stimularea musculaturii total sau parţial denervate în herniile de disc cu deficit motor.
Ultrasunetul sau undele scurte, microundele se folosesc în formele subacute sau cronice recidivante, cu suferinţe musculotendinoase, miofasciale sau cu manifestări vasculo-vegetative.
Masajul poate fi util în stadiul subacut, când se poate efectua masaj sedativ lombo-sacro-fesier şi de-a lungul membrului inferior. În formele hiperalgice se evită folosirea tehnicilor de masaj. Masajul trofic este rezervat formelor cu hipotrofii şi tulburări vasculo-vegetative.

4. Kinetoterapie

Obiectivele kinetoterapiei sunt diferite, în funcţie de stadiul suferinţei: acut, subacut, cronic sau de remisiune completă. În stadiul acut se aplică metode de relaxare generală şi de relaxare a musculaturii lombare. În subacut începe adevăratul program de kinetoterapie, cel mai cunoscut fiind programul Williams.Pelanga, care se execută diferenţiat, pe trei faze, în funcţie de evoluţia afecţiunii. În stadiul cronic se poate începe şi tonifierea musculaturii slabe.

5. Tratament balnear

Curele balneare pot fi recomandate încă de la sfârşitul perioadei subacute, când au rolul de a continua tratamentul început în spital, cu rolul esenţial de prevenire a recidivelor. Se recomandă 1-2 cure balneare pe an, în staţiuni în care este posibilă hidrokinetoterapia în bazine cu apă termală, alături de aplicaţia de namol, folosirea factorilor contrastanţi de cură şi călire etc.

Metode de diversificare a

Atunci când vine momentul diversificării alimentației, bebelușii încep să mănânce încet-încet din toate. Dieta diversificată îi introduce într-o lume nouă, o lume a aromelor și diverselor texturi alimentare și le stimulează papilele gustative, oferindu-le ingrediente de calitate, esențiale pentru dezvoltare și echilibrul nutrițional.

Această perioadă reprezintă adesea o adevărată provocare pentru proaspăta mămică. Copilul trebuie să guste din diverse alimente, în funcţie de recomandările medicului pediatru. Cantităţile de mâncare preparată sunt mici, astfel că ritualul fiertului, pasatului, amestecatului trebuie repetat de câteva ori pe zi, în fiecare zi. Mămicile moderne, ocupate să-și reia cât mai rapid activităţile de dinaintea venirii bebelușului, sunt frecvent tentate să apeleze la mult mai facila soluţie a borcănașelor cu mâncărică gata preparată, privându-l astfel pe bebe de gustul unei mese proaspete. Mai mult, metodele tradiţionale de gătit bazate pe fierberea ingredientelor distrug o mare parte din constituenţii importanţi ai mâncării, și anume vitaminele și mineralele.

Soluție salvatoare

Minirobotul de bucătărie cu funcţie de steamer simplifică viaţa mămicilor și le ajută să prepare mâncarea adaptată la nevoile specifice ale bebelușilor. Iată câteva dintre funcţiile miniroboţilor.

Funcția de **steamer**

Gătitul cu aburi este rapid și sănătos, păstrând valorile nutritive ale alimentelor, în special vitaminele și mineralele, precum și gustul și aroma lor naturală. Legumele rămân crocante, menţinându-și chiar și culoarea naturală. Hrana preparată cu minirobotul este mai sănătoasă datorită sistemului de gătit cu aburi și este mult mai ușor de pregătit, adică vă salvează un timp preţios, pe care îl puteţi petrece alături de bebeluș.

Funcția de **blender**

Copiii încep să mănânce în etape: întâi mâncare sub formă pasată, de piure, apoi tocată în bucăţi mici și, în final, tocată mai mare. Cu minirobotul este ușor să se obţină textura dorită în funcţie de etapa de dezvoltare a bebelușului.

alimentației bebelușului

Începând cu	Lactate	Carne, pește, ouă	Fructe și legume	Prod. cu amidon	Grăsimi
4 luni	Lapte degresat, brânză de casă, iaurt		Compot de fructe, legume pasate		Ulei
5 luni	Cașcaval				Unt, smântână
6 luni		Pui, șuncă, ouă		Cartofi, orez, paste pasate	
8 luni		Pește	Fructe exotice	Paste fine, griș, orez integral	
9 luni			Fructe crude, la grătar sau pasate		
1 an	Lapte de vacă integral	Creveți	Ierburi aromate, fasole	Paste întregi	
*Atenționare specială: părinții trebuie să consulte obligatoriu pediatrul înainte de introducerea unui aliment nou în alimentația bebelușului					

Funcția de **decongelare**

Minirobotul poate decongela în siguranță mâncarea preparată anterior, care a fost conservată prin congelare în recipiente ermetice sau recipiente multiporții. Cum? Trebuie doar ca mămica să pună mâncarea într-un vas termorezistent, pe care să-l așeze în coșul robotului și să seteze aparatul pe încălzirea cu aburi. Acest sistem de decongelare poate fi folosit și în cazul legumelor sau fructelor congelate.

Funcția de **reîncâlzire**

Cu ajutorul funcției de încălzire cu aburi mămica poate reîncălzi mâncărica pregătită pentru copilaș. Vasul termorezistent se așază în coșul robotului și se readuce la temperatura de 37° C, temperatura optimă pentru servirea mesei.

Știați că... ?

Atunci când gătim broccoli la aburi se păstrează 84% din conținutul de vitamina C, comparativ cu 30% din această vitamină cât rămâne după fierbere...

Introducerea diverselor grupe de alimente

Pentru majoritatea bebelușilor nu contează care sunt primele solide introduse în alimentație. Deși multe opinii sunt împotriva recomandării ouălor sau peștelui în primul an de viață, din cauza posibilelor reacții alergice, nu există nicio dovadă cum că, introducând aceste alimente bogate în nutrienți după vârsta de 4-6 luni, bebelușii ar deveni alergici la ele.

Adevărat sau fals

Grăsimile nu sunt bune pentru bebeluș - **FALS**
Pediatrii recomandă să nu restricționăm consumul de calorii și grăsimi al copiilor în primii 2 ani de viață.

Este bine să introducem alimentele noi unul câte unul - **ADEVĂRAT**
Acest lucru vă va permite să aflați ce anume îi place și ce nu bebelușului dvs. și să identificați posibilii alergeni.

Sarea poate dăuna sănătății - **ADEVĂRAT**
Nu adăugați sare în mâncarea gătită pentru bebeluș, pentru a evita supraîncărcarea rinichilor! Rețineți că nu trebuie să adăugați zahăr în compoturile de fructe!

Articol realizat cu sprijinul Babycook

Chirurgia fără

Dr. Cătălin Copăescu
Șef Dep. Chir. Gen. și Dir. al Centrului de Excelenţă în Chirurgia Bariatrică Delta Hospital

Intervențiile chirurgicale care în trecut necesitau incizii abdominale invalidante, sunt acum efectuate minim-invaziv, adică prin incizii milimetrice. Aceste operații pe cale laparoscopică sunt incorect denumite în popor "operații cu laser". Tehnologia folosită este intr-adevăr de ultimă generație, evoluția aparaturii medicale depășind de multe ori imaginația oamenilor, care, uneori, o încadrează la limita științifico-fantasticului. Nu trebuie însă să ne speriem. Dimpotrivă, tehnologia s-a dovedit fezabilă și fiabilă, fiind deja disponibilă și în România.

Practic, este vorba despre introducerea în abdomen a unei camere video care ne permite vizualizarea organului bolnav, operația fiind efectuată prin intermediul unor instrumente lungi și subțiri, introduse prin peretele abdominal cu ajutorul unor dispozitive (trocare) de 5-10 mm diametru care străbat fibrele musculare fără să le secţioneze.

Intervenția

Este urmărită de chirurgi prin intermediul unor monitoare HD, care reușesc să mărească imaginea de până la zece ori, vizibilitatea crescută sporind siguranţa gesturilor chirurgicale. În plus, în afara intervenţiei principale, poate fi efectuat "un inventar" al organelor cavității peritoneale, pentru a identifica și alte boli, care altfel ar fi putut fi explorate chirurgical doar prin tăieturi foarte mari.

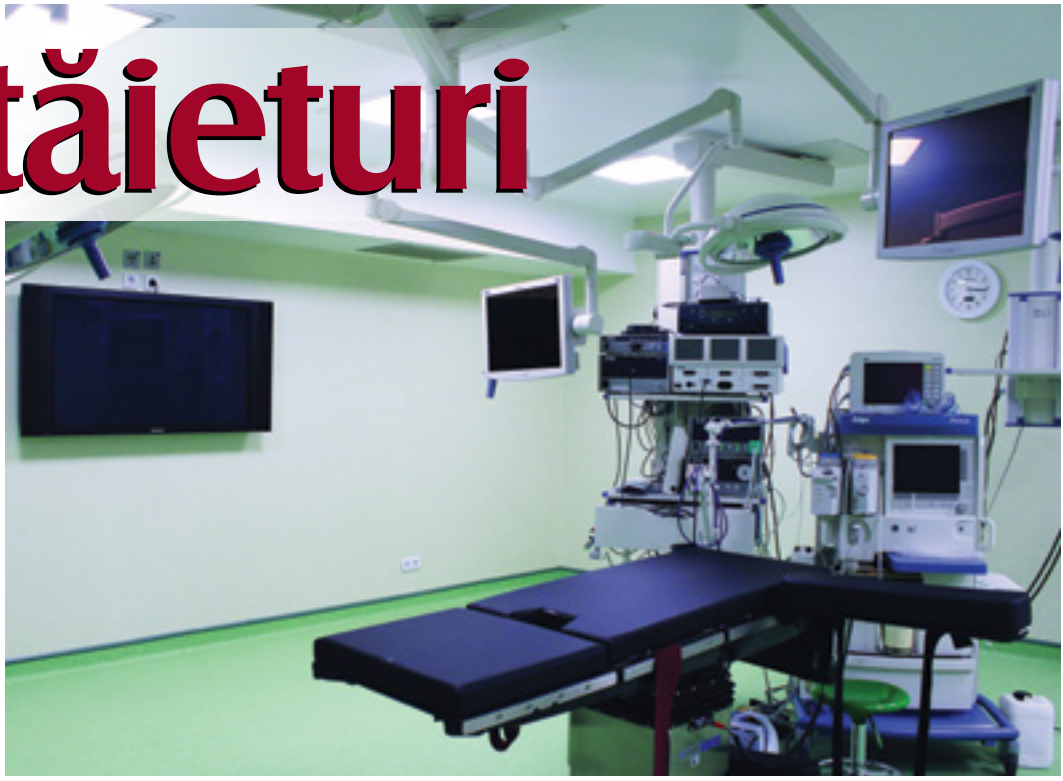
Avantaje

Marele avantaj ce rezultă din diametrul redus al acestor instrumente este limitarea durerilor postoperatorii, pacientul putând fi externat de obicei în maximum 24 de ore de la operaţie, reintegrarea socioprofesională fiind foarte rapidă.

Beneficiul estetic

Foarte apreciat, și nu numai de către doamne, este și beneficiul estetic, vindecarea făcându-se aproape fără cicatrice. Dacă beneficiul estetic este foarte important pentru pacient, intervenţiile pot fi efectuate și prin minilaparoscopie, adică cu instrumente având numai 3 mm diametru. Mai mult decât atât, aceste operaţii se pot face și fără vreo incizie abdominală, abordul organelor intraperitoneale făcându-se prin orificiile naturale. Această tehnică modernă (NOTES) ne este de acum disponibilă, primele intervenţii fiind deja realizate cu succes și la Delta Hospital.

tăieturi



Foarte multe patologii pot beneficia de abordul laparoscopic. Cea mai frecventă intervenţie se pare că este cea pentru litiaza veziculei biliare („pietrele la fiere"). Procedura, efectuată din timp, de la primele semne de boală, înaintea apariţiei complicaţiilor, nu durează mai mult de 30-40 de minute.

Bolnavii operaţi pentru apendicită constituie o altă categorie de beneficiari de pe urma evoluţiei tehnologice. Dacă până acum, în cazul unei peritonite apendiculare, era nevoie de prelungirea inciziei pentru evacuarea puroiului din toată cavitatea peritoneală, acest lucru se poate face acum foarte uşor laparoscopic, camera de luat vederi şi instrumentele lungi putând ajunge cu uşurinţă în toate "cotloanele". În acest fel, intervenţia se poate efectua fără traumatism parietal, respectând principiul de minim-invazivitate.

Ulcerele perforate pot fi şi ele rezolvate prin acelaşi abord, scutind bolnavul de inciziile largi, devenite acum "istorie" în centrele moderne, cum este şi spitalul nostru.

La fel de elegant pot fi rezolvate varicocelul (varicele testiculare) şi foarte multe dintre afecţiunile ginecologice (chisturi de ovar, sarcini extrauterine, fibroamele uterine). O mare căutare o au intervenţiile în cazuri de sterilitate la femei, desfundarea trompelor putând de multe ori să readucă fertilitatea pacientelor.

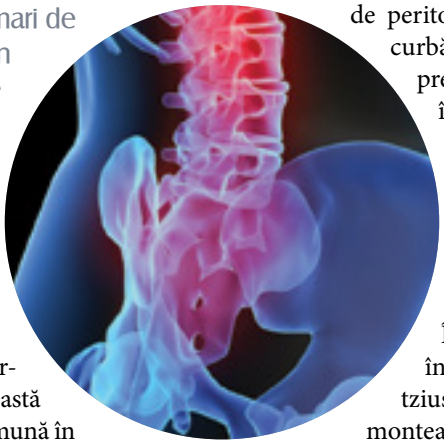
Nu trebuie să uităm de patologia peretelui abdominal (vorbim aici despre herniile inghinale, ombilicale, de eventraţiile postoperatorii), putându-se repara defectele parietale cu ajutorul unor plase de întărire pe cale minim-invazivă. Chiar şi tratamentul chirurgical al obezităţii (chirurgia bariatrică) şi-a reluat un avânt sporit odată cu implementarea acestei tehnologii.

Din fericire, de acest abord beneficiază acum şi pacienţii cu boli mai grave, cum sunt tumorile (stomac, ficat, pancreas, duoden, intestinul subţire, colon, rect, suprarenală, rinichi etc.), evoluţia postoperatorie a acestor bolnavi fiind mult ameliorată datorită lipsei traumatismelor musculaturii abdominale.

Chirurgia herniei

Dr. Cătălin Dumitrache
medic specialist chirurg
Spitalul Militar de Urg. „Regina Maria" Brașov

Operația pentru hernie este cea mai frecventă intervenție în chirurgia generală. Din 1887, când Bassini a raportat prima cură chirurgicală a herniei inghinale, numeroase alte tehnici au fost descrise. În prima jumătate a secolului XX, reparările se bazau pe sutura marginilor defectului; aceste tehnici aveau rate mari de recurență și morbiditate din cauza tensiunilor din liniile de sutură.



Două revoluţii în chirurgia herniei s-au produs în ultimele două decade. Prima a fost în 1989 când Lichtenstein a introdus tehnica deschisă, protetică, „tension free", care a adus rate foarte mici de recidivă. Rapid, această operaţie a devenit cea mai comună în chirurgia herniei inghinale.

A doua revoluţie a fost aplicarea laparoscopiei în chirurgia herniei inghinale în 1990. La început, procedeul laparoscopic era controversat, pentru că diferite studii arătau rate de recurenţă mari. Cu toate acestea, după 10 ani de experienţă, procedeul a câştigat o acceptare generală şi a devenit prima alegere în multe centre pentru cura chirurgicală a herniei inghinale.

Chirurgia laparoscopică a herniei are mai multe avantaje comparativ cu cea convenţională, deschisă, aşa cum au arătat mai multe studii randomizate. Principalele ar fi reducerea durerilor postoperatorii, recuperarea și reîncadrarea profesională rapidă, aspectul cosmetic și raportul cost-eficiență. La acestea se adaugă o explorare mai riguroasă a întregului orificiu miopectineal, cu repararea unor hernii nediagnosticate și, prin urmare, reducându-se riscul de recidivă.

Două procedee laparoscopice au devenit cel mai frecvent utilizate: repararea transabdominală preperitoneală (transabdominal preperitoneal repair - TAPP) și total extraperitoneală (totally extraperitoneal - TEP). În ambele se montează proteze la nivelul orificiului herniar.

În TAPP, chirurgul intră în cavitatea peritoneală, deschide peritoneul la nivelul herniei, montează plasa în spațiul properitoneal și apoi închide peritoneul; acest procedeu are o curbă de invadare mai mică și se pretează pentru hernii mari, încarcerate, sau la pacienţi cu intervenţii chirurgicale în spaţiul Retzius (prostatectomii); a fost criticat pentru expunerea organelor abdominale la posibile complicaţii.

În TEP, chirurgul intră direct în properitoneal în spaţiul Retzius şi, după reducerea herniei, montează plasa în acest spaţiu fără a mai deschide cavitatea peritoneală. Abordul total extraperitoneal a câştigat rapid teren în ultimii ani, datorită faptului că este mai puţin invaziv și este asociat cu mai puține complicaţii.

Un alt avantaj al abordului TEP este posibilitatea rezolvării în cadrul aceleiaşi operaţii a unei hernii bilaterale fără a prelungi foarte mult timpul operator, spaţiul de abord fiind acelaşi. După reducerea sacului din zonele herniare se montează o plasă, de preferat de polipropilenă, care acoperă defectele parietale și le depășește cu cel puţin 3 cm.

Societatea Națională Română de Boli Infecțioase

AL XI-LEA CONGRES NAȚIONAL DE BOLI INFECȚIOASE

Bucureşti, 26 - 29 septembrie 2012
Crystal Palace Ballrooms

Tema generală a Congresului:
"Orientări actuale în domeniul bolilor infecţioase acute transmisibile"

Teme în dezbatere la lucrările Congresului / **Secţiuni:**

- *Boli infecţioase transmisibile pe cale respiratorie*
- *Boli cronice induse de agenţi etiologici infecţioşi*
- *Hepatitele virale*
- *Infecţia HIV – SIDA*
- *Boli transmise prin vectori*
- *Supravegherea clinico-epidemiologică a bolilor cronice induse de agenţi etiologici infecţioşi*
- *Laboratorul clinic în diagnosticarea şi monitorizarea tratamentului bolilor infecţioase*
- *Varia*

Credite suplimentare EMCD

Participanţii la congres primesc un **abonament gratuit** la Revista Română de Boli Infecţioase, publicaţia oficială a SNRBI (CNCSIS B+) şi beneficiază de încă **5 credite EMCD** (***suplimentare creditelor congresului***) şi **Certificat acreditat de CMR.**

Cursuri precongres

*Cursurile precongres vor avea loc miercuri **26 septembrie 2012.***
*Participarea la cursurile precongres este **GRATUITĂ** pentru medicii înscrişi la Congres, în limita locurilor disponibile.*
Se va lucra pe ateliere de 100-120 participanţi.

Site-ul oficial al congresului:
www.cnbi2012.org / www.cnbi2012.ro

Chirurgie Endoscopică prin Orificii Naturale

Numeroase studii au descris proceduri chirurgicale de un grad de dificultate variat având ca și căi de acces esofagul, stomacul, colonul, vaginul dar și vezica biliară, vezica urinară sau chiar rinichiul. Pe măsură ce chirurgii și gastroenterologii capătă experiență, devine din ce în ce mai evident că NOTES este fezabilă și că astăzi apar tot mai multe proceduri efectuate la oameni, proceduri inițiate în India, de către Rao, odată cu prima apendicectomie transgastrică descrisă la om.

În cadrul eforturilor de a promova NOTES într-o manieră controlată și etică, Societatea Americană a Chirurgilor Endoscopiști și Gastrointestinali și Societatea Americană de Endoscopie Gastrointestinală și-au unit forțele pentru a forma NOSCAR, ceea ce reprezintă Consorțiul de Cercetare și Evaluare în Chirurgia prin Orificii Naturale și au publicat o „carte albă" ce stabilește potențialele bariere ale practicii clinice a NOTES.

Terminologie

În acest moment, NOTES ar trebui să reprezinte doar intervențiile diagnostice sau terapeutice efectuate prin orificii existente ale corpului uman (gură, anus, uretră, vagin); astfel, este de la sine înțeles că abordările transabdominale cum sunt sistemele cu poartă unică sunt doar variante ale abordului laparoscopic, nu un subcapitol al NOTES. Mai mult, procedurile hibride cu abordări multiple, incluzând proceduri endoluminale și transabdominale continuă să dea naștere la confuzii. Tehnologia endoluminală, chiar în contextul unei deschideri prin întreg peretele unui viscer, poate fi descrisă în mai multe moduri, care pot fi sau nu pot fi etichetate ca NOTES.

Calea de abord

Peritoneoscopia s-a efectuat prin mai multe căi – transgastric, transcolonic, transvezical și transvaginal – atât la animale cât și la oameni; recent au fost descrise toracoscopia și mediastinoscopia prin abord transesofagian. Alegerea căii de abord ar trebui să fie ghidată de următoarele elemente: experiența chirurgului de a lucra cu un endoscop flexibil prin organul de acces ales, distanța dintre organul țintă față de organul de acces, ușurința cu care se poate închide breșa, diametrul și lungimea instrumentelor necesare, posibilitățile de a preîntâmpina infecțiile, probabilitatea de a leza organele din vecinătate.

Abordul transgastric

Calea de abord peroral, transgastrică a fost folosită la animale pentru a efectua biopsii hepatice, colecistectomii și anastomoze colecistogastrice, pancreatectomii distale, splenectomii, gastro-jejunostomii, cura herniilor ventrale, anastomoze enterice și ligaturi tubare. Cu meticulozitate și atenție, tehnica de abord transgastric are riscuri minore de a leza organele din jur, cele mai frecvente fiind leziunile hepatice sau ale peretelui abdominal. Marele dezavantaj al acestui abord este reprezentat de accesul spre abdomenul superior, deoarece retroflexia necesară ajungerii în această zonă conduce la obținerea unei imagini răsturnate și la o manevrare mai dificilă, dacă nu chiar uneori imposibilă; acest dezavantaj poate fi surmontat, cel puțin în parte, prin utilizarea unor dispozitive inovatoare, care permit o stabilitate mai mare, o articulare îmbunătățită sau o rază mai mare de acțiune. Dar, dimensiunile instrumentelor sunt limitate de diametrul mic al zonei cricofaringiene.

Transluminală (NOTES)

Abordul genitourinar

Principalul avantaj al accesului peritoneal inferior prin intermediul tractului genitourinar este faptul că permite chirurgilor o cale directă spre majoritatea structurilor abdominale. Închiderea peretelui vaginal sau vezical este mult mai ușor de efectuat pentru că poate fi abordată cu instrumente clasice de realizare a cusăturilor; de asemenea, încărcarea bacteriană este mai scăzută, deci risc mai mic de apariţie a complicaţiilor infecţioase (fistule, desfaceri ale suturilor).

Abordul transcolonic

În general abordul transcolonic a fost folosit în multe situaţii pentru abordări cu multiple locaţii: abord dual transcolonic și transvaginal pentru a se tenta pancreatectomie distală; abord dual transrectal și transgastric pentru rezecţie de intestin subțire.

Abordul transesofagian

Deși limitată, experienţa acumulată în ultimul timp pare încurajatoare; s-au efectuat mediastinoscopii și toracoscopii, biopsii ganglionare și pulmonare. În studiile efectuate până acum au supravieţuit toate animalele, iar complicaţiile raportate au fost: pneumotorax, lezări termice ale plămânului.

Aplicabilitatea la oameni

La momentul actual, experienţa la oameni este limitată la prezentări de caz sau serii mici de cazuri. Există date limitate care să cuantifice beneficiile clinice sau care să stabilească pericolele acestor noi abordări de chirurgie mini-invazivă. În aprilie 2008, Zorron a prezentat experienţa braziliană, raportând 160 de cazuri de proceduri NOTES efectuate la oameni; majoritatea sunt proceduri transgastrice și transvaginale pentru apendicite, indicaţii ginecologice și colecistectomii. Experienţa din SUA rămâne limitată, fiind lansată în octombrie 2006, când un grup de investigatori din Ohio a prezentat rolul peritoneoscopiei în stadializarea neoplaziilor pancreatice. Experienţa cu NOTES terapeutic în SUA a fost prezentată pentru prima dată de Bessler și colegii în primăvara lui 2007, descriind o colecistectomie transvaginală cu ajutorul ghidării laparoscopice.

Concluzii

NOTES este o tehnică multidisciplinară aflată în plin proces de dezvoltare. Datele obţinute în prezent prin experienţa acumulată au reușit să sublinieze avantajele și dezavantajele fiecărei căi de abord precum și necesitatea dezvoltării unui anume tip de instrumentar specific. Pe lângă beneficiile aduse pacientului această tehnică aduce și avantaje clinicianului. Endoscopiștii vor avea de câștigat abilitatea de a stăpâni tehnici variate de endoscopie terapeutică și de rezolvare a accidentelor endoscopice (cu certitudine va dispărea teama de a trece, intenţionat sau nu, dincolo de peretele tubului digestiv). Cu o evaluare adecvată, cu o cercetare fundamentală bine documentată, cu protocoale clare, precum și cu date din ce în ce mai numeroase, NOTES va reprezenta în viitor o alternativă demnă de luat în calcul.

Dan Piţigoi, Victor Tomulescu, Oana Stanciulea, Cristian Gheorghe

Cancerul de

Simptome

Bolile pancreasului sunt deseori asimptomatice (nu dau simptome) în stadiile de început, dar ulterior întâlnim și pacienţi cu boli de pancreas care pot avea următoarele simptome:

1. Durere transversală deasupra ombilicului (în majoritatea bolilor pancreasului, și mai ales în cancer, durerea este foarte puternică).
2. Diaree persistentă în timp
3. Scădere în greutate (este boala care dă cele mai mari și rapide scăderi în greutate)
4. Icter
5. Scaun albicios, decolorat
6. Urină colorată spre portocaliu
7. Mărirea veziculei biliare
8. Greaţă, vărsături, scăderea poftei de mâncare
9. Depresie
10. Uneori febră

Factori de risc

Cancerul de pancreas este o boală mai rar întâlnită în România, cu evoluţie bună doar dacă este diagnosticată și tratată în stadii precoce. Totuși, supraviețuirea după 5 ani de la diagnostic este foarte rară, și din păcate, diagnosticul se pune târziu, când deja boala este avansată, iar tratamentul, puţin eficient.
Teoretic oricine poate face orice boală, dar sunt anumiţi factori care cresc riscul de apariţie a unui cancer de pancreas:

- Vârsta de peste 55 de ani; peste 90% din cancerele de pancreas apar la vârste mai mari de 55 de ani, iar 70% din cazuri apar la peste 65 de ani
- Sexul masculin
- Fumatul - în 30% din cazuri, cancerul de pancreas este legat de fumat
- Consumul exagerat de alcool
- Obezitatea
- Diabetul zaharat, boli cronice de ficat, operaţii pe tubul digestiv
- Alimentaţia anormală, săracă în vegetale și bogată în carne roșie și grăsimi
- Pancreatita cronică– în 5% din cazurile de cancer de pancreas
- Infecţia cu Helicobacter Pylori
- Gingivita sau boala periodontală
- Ascendenţa în familie a bolii
- Expunere cronică la produse petroliere, insecticide
- Factori genetici - defecte ale unor gene (BRCA2, PRSS1), cancerul de colon ereditar nono-polipozic (HNPCC, sindrom Lynch, Peutz-Jeghers)

Diagnosticare

Pentru diagnosticul de cancer de pancreas, se recomandă unele dintre următoarele explorări:

- Ecografia abdominală
- Examenul CT abdominal – vezi poza
- Examenul RMN abdominal
- Colangiografia endoscopică retrogradă
- Ecoendoscopia cu biopsie
- Explorarea laparoscopică
- Analize de sânge
  - VSH crescut
  - Bilirubina totală și directă crescute
  - Fosfataza alcalina, ALT , AST, GGT crescute
- Markeri tumorali – CA 19-9

Evoluție

În funcţie de mărimea tumorii, extensia la organele vecine sau ganglioni, cancerul de pancreas este stadializat în 4 stadii, ultimul fiind cel mai avansat și cu cele mai mici șanse de supraviețuire. Evoluţia este în general foarte rapidă, din experienţa mea 25% dintre pacienţi supraviețuind la

pancreas

un an de la diagnostic, majoritatea murind în primele 5-6 luni de la diagnostic. La 5 ani de la diagnostic supravieţuiesc sub 5% din cazuri

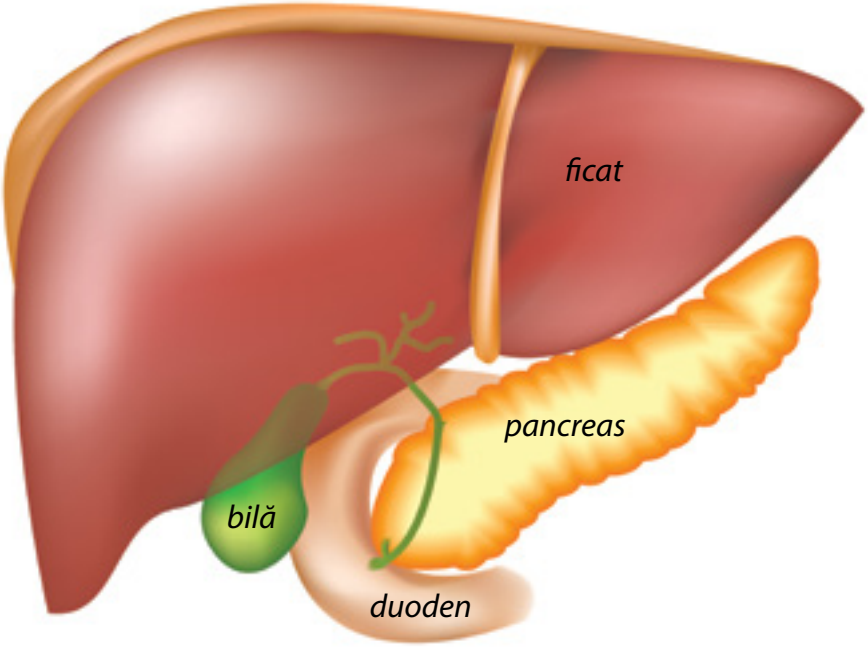
Complicații:

- Metastaze în ganglionii vecini sau cei mai îndepărtaţi
- Metastaze pulmonare
- Metastaze hepatice
- Metastaze în cavitatea peritoneală cu ascită
- Metastaze nodulare subcutanate
- Invadarea tumorală a organelor vecine (duoden, stomac, colon) cu ocluzie intestinală
- Durere prin invadarea plexurilor nervoase abdominale (este una dintre cele mai dureroase boli abdominale)
- Icter prin invadarea cailor biliare sau metastaze hepatice
- Denutriţie prin probleme în alimentaţie şi pierderi de substanţe datorită diareei necontrolabile

Tratament

În principiu tratamentul cancerului de pancreas este chirurgical, tipul de operaţie depinzând de localizarea tumorii, de stadiul ei, de prezenţa sau absenţa metastazelor şi de starea pacientului. Se remarcă posibilitatea operaţiei chiar dacă există extensia tumorii în duoden sau arteră gastroduodenală, dar imposibilitatea rezecţiei dacă există invazia stomacului, colonului, vaselor vecine pe mai mult de jumătate din conturul lor, metastaze peritoneale sau hepatice. Se încearcă scoaterea totală sau parţială a pancreasului, dacă starea pacientului permite şi sunt absente metastazele. Se pot folosi şi citostaticele sau iradierea. În cazul asocierii diabetului zaharat, este necesar şi tratamentul acestuia, şi în plus un supliment de enzime pancreatice, care să ajute la digestie şi să reducă scăderea în greutate accelerată.

Dr. Diţoiu Alecse Valerian



Ce sunt analizele de țesuturi și de ce trebuie făcute

Analizele de țesuturi fac parte din categoria analizelor de anatomie patologică (histopatologie).

Cea mai simplă analiză de țesuturi este așa numita "analiză microscopică la coloraţii uzuale" (pe blocul de parafină).
Indiferent ce altă analiză se mai face ulterior, analiza blocului de parafină este prioritară și obligatorie deoarece:
1) poate singură să dea diagnosticul;
2) ajută la stabilirea altor analize care mai sunt necesare

Deci, analiza pe coloraţii uzuale se face prima. Urmată, eventual, de coloraţii speciale, imunohistochimie etc.

Pentru a se obţine ţesutul care se va analiza, pacientul trece printr-o serie de manevre și intervenţii costisitoare (puncţie-biopsie, endoscopie cu biopsie, chiar operaţie chirurgicală).
De aceea, unii pacienţi renunţă la recoltarea și analiza ţesutului respectiv. Din păcate, această decizie poate fi păguboasă atât pentru sănătatea lor, și uneori chiar pentru viaţa lor, cât și financiar: analiza la parafină ajută la instituirea unui tratament corect.
De cele mai multe ori, analiza la coloraţii uzuale ajută la a se stabili cel mai clar diagnosticul și în consecinţă tratamentul, care va duce la îmbunătăţirea stării de sănătate și chiar vindecarea pacientului.

Dar, uneori, tocmai la această etapă mulţi pacienţi renunţă!

Prin analiza la parafină ţesutul se deshidratează, se încorporează în parafină, se taie secţiuni de ordinul micronilor, se colorează specific și se interpretează la microscop de către medicul anatomopatolog.
Având în vedere marea varietate de ţesuturi și afecţiuni ale acestora, experienţa profesională a medicului anatomopatolog este foarte importantă.
De aceea, anatomia patologică tinde spre suprespecializare/subspecializare pe anumite tipuri de ţesuturi.
Se formează astfel echipe de medici anatomopatologi ale căror opinii medicale devin redutabile. Orice tip de ţesut va fi analizat de medicul cel mai bine pregătit pe acel tip de ţesuturi și, dacă are nevoie, el se poate sfătui cu colegii din echipă.
Patologia tumorală necesită întotdeauna un medic bine pregătit și cu o vastă experienţă.

Este foarte important ca pacienţii să înţeleagă însemnătatea examenului histopatologic.

În principiu, toate probele de ţesut ar trebui date la analizat.
Analizele de anatomie patologică sunt mai costisitoare decât analizele uzuale de sânge și urină, cu care pacienţii sunt obișnuiţi, dar se fac mai rar, în cazuri în care există suspiciuni de boli grave, cum este cancerul, imposibil de diagnosticat în alt fel.
Analizele de anatomie patologică trebuie privite ca o investiţie în sănătatea și, de multe ori, în viaţa pacientului.
Dacă se recoltează ţesutul cu leziunea în totalitate, iar pacientul refuză analiza, conform legii ţesutul se incinerează și astfel se pierde ocazia unică de a se diagnostica o afecţiune și de a o trata înainte de a fi prea târziu.
Este adevărat că legislaţia din România obligă ca orice ţesut recoltat să fie dat la analiza de anatomie patologică. Această lege însă nu se respectă întotdeauna.
Nu legea ar trebui să fie motivul pentru care toate probele să fie analizate, ci faptul că se permite a se pune un diagnostic clar și corect și se poate stabili terapia optimă, în beneficiul pacientului.

Dr. Renata Pitulea
Centrul medical Domina Sana

Înscrie-te la

A doua Conferință Națională Managementul Bolilor Pulmonare

Asociații de pacienți - Autorități - Medici

12-13 Octombrie 2012, București
World Trade Center, sala New York

Evenimentul va fi creditat cu puncte EMC

Intrarea gratuită
pe baza înscrierii pe site
în limita locurilor disponibile

Înscrieri și detalii:
www.bolipulmonare.ro

Management Eveniment

Sănătatea PRESS GROUP
Expertul tău în comunicare pe domeniul medical

Organizator Științific

SRP
Societatea Română de PNEUMOLOGIE

CONFERINȚA MANAGEMENT PERFORMANT ÎN INSTITUȚIILE MEDICALE DIN ROMÂNIA

26 - 28 SEPTEMBRIE 2012

HOTEL INTERCONTINENTAL BUCUREȘTI

16 sesiuni de prezentare | 12 vorbitori | 4 reprezentanți ai Partenerilor Strategici | 3 paneluri de discuții

M1 26/09 Organizarea și acreditarea instituțiilor medicale - instituirea unui management performant

- **Dr. Sorin Oprescu**, *Primar General*, Primăria Municipiului București
- **Dr. Adrian Cotirleț**, *Manager spital*, Spitalul Municipal de Urgență Moinești
- **Dr. Ana-Maria Nițulescu**, *Director Executiv Adjunct – Medic Șef*, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București
- **Dr. Eugeniu Banu**, *Medical Director, Head of Medical Oncology Department*, Spitalul Privat Sfântul Constantin, Brașov
- **Dr. Sorin Nistor**, *Director Medical*, Grup Arcadia
- **Adrian Brudan**, *Performance Audit Specialist*, The KPI Institute

M2 27/09 Managementul proceselor instituțiilor medicale - asigurarea calității serviciilor prestate

- **Dr. Marius Mărginean**, *Business Development Manager*, MEDO Brașov
- **Dr. Dan Căpățână**, *Manager spital*, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța
- **Robert Șerban**, *Director General*, Gral Medical
- **Sergiu Negut**, *Owner, SVP Consult*

M3 27/09 Fidelizarea personalului medical și creșterea satisfacției pacienților prin serviciile oferite

- **Cristian Sas**, *Chief Operating Officer*, Clinica Anima
- **Dr. Bogdan Chiper**, *Managing Partner*, Life Dental Care
- **Dr. Florin Ioan Bălănică**, *General Manager*, Europe EYE
- **Dr. Ovidiu Gogu Cacuci**, *Director General*, Pelican Hospital
- **Ovidiu Brazdilu**, *Managing Partner* Info-Sănătate, Partener strategic

Early Bird

Beneficiați de tarife reduse prin opțiunea Early Bird până în

7 septembrie

Data limită de înscriere

15 septembrie

W 28/09 Workshop oferit de către The KPI Institute, sponzorizat de către PaginaMedicala.ro

Friday Night at the ER®

În cadrul workshop-ul se va lansa, în premieră pentru România, simularea *Friday Night at the ER®*, un board game care are în vedere dezvoltatea unor aptitudini precum: gândire sistemică, muncă în echipă, leadership, managementul schimbării și al performanței.

Organizator

ACUMEN INTEGRAT
Oameni . Sisteme . Tehnologie

Partener strategic

THE KPI INSTITUTE

Parteneri

Dedalus
TeamNet
INFOSĂNĂTATE

Parteneri media

IndicatoriiePerformanță.KPI.ro
STV
ComunicateMedicale.ro
Împreună pentru un sistem de sănătate performant
ALIANȚA PENTRU SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA
ROMEDIC
EXPLORE MEDICINE TV
www.exploremedicinetv.com
MedicpentruTine.ro
Medipedia
PaginaMedicala.ro
Rețeaua Medicală
săptămâna MEDICALĂ
rfi România
StatulMedicului.ro
TV Săptămâna Medicală
mf

Contact

Online: medical.kpis.ro | **Sunați:** +40-264/414 360 | **Email:** medical@KPIs.ro