

săptămâna

MEDICALĂ

Anul XVIII • Nr. 282 • martie 2023

4.75 lei

Premieră
românească:
Reconstrucția
articulației
mandibulare

Despre
malpraxis

Războiul
cancerului

Prima
prelevare
de cord la
Spitalul
Militar

Tratamentul
miopiei la copii

Migrena 12

Interviu cu Prof. Univ.
Dr. Radu Vlădăreanu 18

Cum procedezi dacă ești
singur și faci infarct 24

Ecografia mamară în perioada
de sarcină și alăptare 25

Sănătatea urechii și a auzului 4

La ce sunt bune fibrele
alimentare? 20



ÎNTREABA MEDICUL TĂU SAU FARMACISTUL DESPRE

Primul tratament

100% fără conservanți

pentru

Conjunctivita Alergică

Antiinflamator. Antialgic. Astringent

Spală.
Curăță.
Dezinfectează

OCUFLASH BLUE

Iacrimi artificiale
fără conservanți

- Se folosește în tratamentul conjunctivitei alergice, una dintre cele mai frecvente afecțiuni oculare în practica clinică!
- Este indicat tuturor, de la nou născuți până la seniori, femeilor gravide sau mamelor care alăptează.
- Calmează reacțiile alergice.



Prima prelevare de cord la Spitalul Militar

Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" (SUUMC) împlinește un an de la prima prelevare, prima prelevare de cord, multi-organ și multi-tesut din istoria sa medicală.

Donatorul a fost o pacientă, internată în stare critică în Secția ATI, o Tânără, în vîrstă de 20 de ani, declarată în moarte cerebrală, pe baza diagnosticelor formulate de o echipă medicală multidisciplinară.

În urma discuțiilor purtate cu familia, se obține acceptul pentru donarea de organe.

Clamparea aortei s-a realizat la ora 07.30, acesta fiind momentul la care s-a demarat procedura de prelevare de către echipe medicale specializate de la: Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, București, conduse de Profesor universitar dr. Horațiu Moldovan; Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant din Tg Mureș, Profesor universitar dr. Horațiu Suciu; Institutul Clinic Fundeni, pentru recoltarea organelor interne (rinichi și ficat), coordonate de dr. Radu Zamfir de la Spitalul Clinic Colentina, pentru recoltarea de țesut osos, tendinos și cartilagii, condusă de dr. Ștefan Păun.

Echipa ATI care a asigurat suportul vital necesar întregii proceduri a fost condusă de Colonel medic Conferențiar universitar dr. Dan Corneci, medic primar ATI. Menținerea donatoarei aflată în moarte cerebrală a fost asigurată de maior medic dr. Oana Bratu, medic specialist ATI și dr. Mădălina Duțu, medic primar ATI.

După prelevare, cordul a ajuns să fie transplantat la Spitalul Clinic de Urgență Floreasca – relarea activității de transplant cardiac după o perioadă de 20 de ani de întrerupere. Rinichii și ficatul au ajuns la Institutul Clinic Fundeni, iar țesuturile osteo-tendinoase recoltate au fost predate către Banca de Os a Spitalului Clinic Colentina, unde acestea sunt carantine, validate, stocate și apoi distribuite (conform cererilor de solicitare), către clinicele de ortopedie și traumatologie ale spitalelor cu care Banca are încheiate protocoale de colaborare.

Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" mulțumește, și pe această cale, tuturor familiilor care, deși s-au aflat în momente extrem de dificile, au acceptat să treacă peste greaua suferință și să dea o șansă la viață semenilor aflați în moment de cumpăna, oameni pe care nu îi vor cunoaște niciodată.

Copiera fără acordul scris al editurii a oricărora elemente de grafică sau conținut editorial apărute în revistele editurii sunt considerate furt de proprietate intelectuală și intră sub incidenta legii.

Abonament la revista Săptămâna Medicală

**săptămâna
MEDICALĂ**



Vă rugăm să trimiteți solicitarea dumneavoastră pe adresa: redactie@finwatch.ro sau la tel/fax 021 321 6123. Vă mulțumim!

săptămâna **MEDICALĂ**

Cuprins

| | |
|---|----|
| Sfaturi privind sănătatea urechii și a auzului | 4 |
| Fitofotodermatoza | 6 |
| Tratamente personalizate în hiperplazia benignă de prostată | 9 |
| Migrena | 12 |
| Posibile complicații ale operației de protezare a genunchiului | 14 |
| Lentila de ochelari Miyosmart | 16 |
| „Dorim să actualizăm anumite ghiduri și să creăm unele ghiduri noi” | 18 |
| La ce sunt bune fibrele alimentare? ... | 20 |
| Războiul cancerului | 22 |
| Cum procedezi dacă ești singur și faci infarct | 24 |
| Ecografia mamară în perioada de sarcină și alăptare | 25 |
| Premieră pentru medicina militară românească – Reconstrucția bilaterală a articulației temporo-mandibulară | 26 |
| Despre malpraxis (2) | 28 |
| Învățarea inteligentă în Gastroenterologie | 30 |

Coordonator medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie

Editor: Fin Watch

Calea Rahovei, nr. 266-268, Sector 5, București,*
Electromagnetic Business Park, Corp 60, et. 1, cam. 19

Tel: 021.321.61.23

e-mail: redactie@finwatch.ro

Tiraj: 15.000 ex.

ISSN 2067-0508



Sfaturi privind sănătatea urechii și a auzului



O buna sănătate a urechii înseamnă, de fapt, o viață normală. Doamna doctor Daniela Vîrinceanu, medic primar O.R.L. și coordonatorul compartimentului O.R.L. din cadrul Spitalului Universitar de Urgență București vă dă câteva sfaturi privind sănătatea urechii și a auzului.

Dr. Daniela Vîrinceanu,
medic primar O.R.L.
și coordonatorul
compartimentului O.R.L. din
cadrul Spitalului Universitar
de Urgență București



„Expunerea la zgomot reprezintă o cauză frecventă a pierderii auzului. Tot mai mulți tineri poartă căști în urechi și foarte mulți dintre ei ascultă muzica tare, iar acest obicei le poate afecta auzul. Se creează o cameră de rezonanță între cască și timpan, iar acolo sunetul se amplifică. Tot ceea ce are peste 90 de decibeli este extrem de nociv pentru urechea internă și se pot produce leziuni ireversibile pe celulele ciliante din urechea internă. Recomandarea este să folosiți căștile clasice, cele puse pe urechi și nu

cele în urechi, deci nu pe cele intraauriculare. Căștile care se pun în urechi nu doar că sunt nocive prin efectul menționat anterior, dar pot crea și leziuni în conductul auditiv extern ori descuamări care pot produce infecții. Căștile trebuie dezinfecțiate cu soluții pe bază de alcool măcar o dată pe zi.

Evitați să mergeți în cluburi unde sonorizarea este foarte tare, pentru că bașii sunt ex-

trem de novici pentru ureche. Sunt foarte multe persoane care, din cauza expunerii la sunete puternice, rămân cu un anumit zgromot în urechi, chiar dacă nu și pierd auzul.

Când vorbim de sănătatea auzului importantă este și igiena urechii.

Nu trebuie să avem urechea umedă. Dacă la duș a intrat apă în ureche, trebuie să o îndepărtem fie cu un colț al prosopului, fie cu betișorul pentru ureche.

Atenție: spray-urile pentru urechi nu trebuie folosite sub nicio formă. Ele pulverizează diverse substanțe care ajung până la timpan. Un betișor de ureche nu poate fi băgat până în timpan și din această cauză acolo va rămâne un mediu umed în care se pot dezvolta ciuperci, care vor crea o serie de probleme urechii.



O CLIPĂ, CÂTEVA SECUNDE,
BUCURIE PENTRU
O VIAȚĂ ÎN TREAGĂ.

NOUA GENERAȚIE A FEMTOLASERULUI ZEISS,
VISUMAX 800, ACUM LA AMA OPTIMEX.

ACESTA PERMITE REDUCEREA ȘI MAI RAPIDĂ A
DIOPTRIILOR, PRIN TEHNICILE SMILE, PRESBYOND,
FEMTOLASIK, REDUCÂND SEMNIFICATIV RISCUL
INTRAOPERATOR.

Fitofotodermatoza

Aceasta este o reacție inflamatorie fototoxică care rezultă din contactul cu substanțe fotosensibile (furanocumarine) și ultraviolete tip A (lungime de undă 320-380 nm – Fig. 1).

Cpt. medic
Dr. Georgescu Mihaela
medic specialist
dermatovenerologie, Secția
Clinică Dermatovenerologie



Reacția fototoxică produsă de furocumarine fotoactive (ex. psoraleni) prezente în plante (ex. pajiște) este o variantă destul de spectaculoasă de reacție fototoxică. Clinic, pacientul prezintă eritem, papule, veziculo-bule, dispuse pe trasee, de obicei, liniare (neregulate, întrerupte, angulare) la locurile de contact al pielii cu substanțele fotosensibilizante, când contactul a fost concomitent cu expunerea la soare. Semnele unei fotodermatoze

nu sunt specifice: roseată, umflare a țesuturilor cutanate, mici coșuri și bașcute. Traseele liniare apar ca urmare a frecării plantelor de piele în timpul deplasării pacientului sau prin aplicarea unui ulei și expunerea la soare sau solar. Drept rezultat apar: arsură solară și bășici, eritem grav însoțit sau nu de edeme și, apoi, modificări de pigmentație (care pot fi permanente sau se pot rezolva în timp).

Culegatorii de țelină, procesatori de morcovi, grădinari (expoși la părțile verzi ale morcovilor sau la „plante de gaz” (*Dictamnus albus*)) și barmani (manevrează diverse varietăți de sucuri – ex. lime) care sunt

expoși la soare în afara barului.

Alte categorii afectate ar fi: persoanele casnice; utilizatorii de parfumuri care conțin ulei de bergamotă; persoanele care merg pe pajashi (inclusiv copiii aflati la joacă) dezvoltă fitofotodermatoză la nivelul membrelor inferioare (iarba din pajashi conține o plantă numită turita-mare (*Agrimonia*)).

Fototoxicitatea nu trebuie să ne facă să nu mai folosim uleiurile fototoxice, ci doar să ne îndemne la atenție.

Uleiuri fototoxice comune:

- uleiul de bergamotă obținut prin presare (engl. Bergamot, lat. *Citrus bergamia*)
- uleiul de lime obținut prin presare (engl. Lime, lat. *Citrus x aurantifolia* și *Citrus x latifolia*)
- uleiul de portocală amară obținut prin presare (engl. Bitter Orange, lat. *Citrus x aurantium*)
- uleiul de lămâie obținut prin presare (engl. Lemon, lat. *Citrus limon*)
- uleiul de grepfrut obținut prin presare (engl. Grapefruit, lat. *Citrus paradisi*).

Sunt importante toate detaliile legate de un ulei esențial atunci când îl cumpărăm. Uleiurile de mai sus sunt fotosensibilizante, însă unele dintre

Spectrul luminii vizibile și invizibile

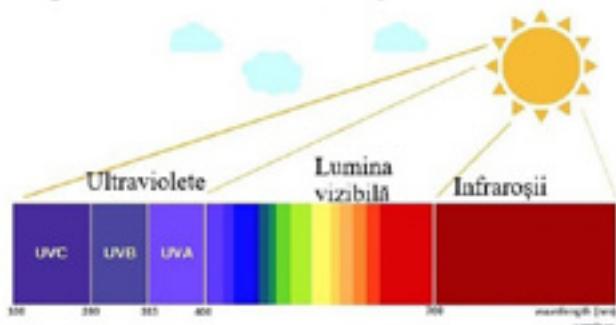


Fig. 1 Spectrul luminii vizibile și invizibile

NEOTONE® RADIANCE SPF50+

Expertiză unică
dermatologică
pentru
pete pigmentare.



EFICACITATE [2 ÎN 1]
DEPIGMENTARE
& FOTOPROTECȚIE

PROTECȚIE TRIPLĂ

- + UVA
- + UVB
- + LUMINĂ ALBASTRĂ

INTENSITATE PETE PIGMENTARE
DUPĂ 3 LUNI DE UTILIZARE



-43%

ISISPHARMA
DERMATOLOGIE

Together for my skin



Fig 2. Aspecte clinice ale fitofotodermatozei

Fototoxice

grapefruit bergamot

.....

Pot fi fototoxice

lime lămâie portocală amără

.....

Nu sunt fototoxice

Mandarin lemongrass

for informational purposes only and should not be taken as medical advice.
source: Essential Oil Safety by Robert Tisserand and Rodney Young

ele, obținute prin distilare pot fi folosite în siguranță. Spre exemplu, uleiurile de lime și de lămâie obținute prin distilare NU sunt fototoxice. De asemenea, nu toate uleiurile din citrice sunt fotosensibilizante. Uleiul din portocală dulce (engl. Sweet Orange), uleiurile din mandarină obținute prin presare (engl. Mandarin, Tangerine) NU sunt fototoxice. (Fig. 3).

Prevenirea bolii se face prin protejarea pielii față de radiația solară cu ajutorul cremelor de tip ecran solar (SPF). Fotosensibilizarea poate fi evitată prin neaplicarea uleiurilor fototoxice pe zone de piele care vor fi expuse la radiațiile ultraviolete (UV). Dacă le aplicăm pe zone care sunt acoperite de haine, ne aflăm în zona de siguranță.

Dacă apar leziuni ca în figura 2 atunci ne adresăm me-

dicului dermatolog pentru un tratament corect.

NU aplicăm:

- spirit medicinal/alcool sanitar (doar irită)
- iaurt (doar răcorește)
- crema de gălbenele (poate da reacții de alergie încrucisată)
- Baneocin (doar dacă indică medicul).

Până la consultul medical putem să aplicăm:

- comprese cu ser fiziologic (schimbate regulat)
- soluție de violet de gențiana (pe zonele cu bule)
- creme epitelizante (ex. Cicaplast baume, Cicalfate, Keloplast etc) sau creme cu oxid de zinc (FĂRĂ PARFUM)
- creme SPF 50+/protecția mecanică de soare (acoperirea prin îmbrăcăminte a zonelor afectate).

Tratamente personalizate în hiperplazia benignă de prostată

Am constatat în ultimii ani că ajung din ce în ce mai mulți pacienți în farmacie cu simptome sau tratamente pentru Hiperplazia benignă de prostată (HBP) și consider că este un subiect despre care noi, specialiștii în sănătate, ar trebui să vorbim mai mult, pentru ca pacienții să se informeze din surse sigure și validate medical.

Farmacist Drd.

Cosmina Bengescu



Hiperplazia benignă de prostată, cunoscută și sub denumirea de adenom de prostată este o afecțiune frecventă în rândul bărbaților mai în vîrstă. Mărirea în dimensiuni a glandei prostate poate provoca simptome de disconfort urinar, precum blocajul (obstrucția) fluxului urinar din vezica urinară, dar și probleme ale vezicii urinare, probleme ale tractului urinar sau probleme renale.

Severitatea simptomelor la persoanele cu glandă prostată mare variază de la pacient la pacient, însă există tendință ca simptomele să se agraveze treptat în timp.

Cele mai frecvente simptome ale HBP sunt:

- Nevoie frecventă și stringentă de a urina
- Creșterea frecvenței urinărilor pe timpul nopții (nicturie)
- Dificultăți sau ezitare în a începe urinarea
- Flux urinar slab, cu intreruperi sau intermitent
- Incapacitatea de a golii complet vezica

De asemenea, în stadiile avansate ale bolii putem întâlni și simptome mai agresive, precum:

- Infecții repetitive de tract urinar
- Incapacitatea de a urina
- Prezența de sânge în urină

Dimensiunea prostatei nu determină întotdeauna severitatea simptomelor. Unii pacienți cu prostată relativ mare pot avea simptome importante, în timp ce alții, cu prostată foarte mare pot avea doar simptome urinare minore.

Vindecarea sau ameliorarea acestei afecțiuni este direct proporțională cu stadiul în care se regăsește pacientul la vizita medicală de specialitate. Este foarte important ca pacientul să ajungă la medicul specialist încă de la primele simptome ale acestei afecțiuni, în primul rând pentru un diagnostic corect și în al doilea rând pentru a putea beneficia de tratament medicalmente, care s-a dovedit că îmbunătățește calitatea vieții.

Pentru că sunt specializată în preparare farmaceutică personalizată, am să merg și de această dată în aceeași linie. Eu, ca farmacist, nu pot prescrie un tratament, însă urmăresc atent, alături de medicii specialiști care prescriu rețete ce ajung în farmacia mea, pacienții cu această afecțiune, hiperplazie benignă de prostată.

Constat cu bucurie că există o mare deschidere a medicilor specialiști către medicina personalizată. Acest concept reușește să individualizeze pacientul și să trateze conform anamnezei și simptomatoalogiei fiecăruia.

În tratamentul hiperplaziei benigne de prostată s-a constatat că abordarea personalizată aduce o îmbunătățire considerabilă în viața pacientului.

Astfel, combinația de tadalafil în concentrație mică cu finasteridă, încapsulate într-un singur medicament, reprezintă o opțiune terapeutică pentru pacienții care suferă de hiperplazie benignă de prostată. Tadalafilul îmbunătățește fluxul sanguin și relaxează mușchii prostatei, având un efect beneficiu în această afecțiune pe de o parte, iar pe de altă parte Finasterida reduce volumul mare al prostatei, ameliorând simptomele urinare și totodată reducând necesitatile de intervenție chirurgicală. Dovezi științifice sugerează că terapia personalizată pentru hiperplazia benignă de prostată (HBP) ce vizează direct simptome ale tractului urinar inferior, folosind un α-blocaant și un inhibitor de 5α-reductază, s-a devenit foarte eficient și totodată foarte bine acceptat de către pacienții cu această afecțiune.

Încă odată, medicina personalizată reușește să ne surprindă cu beneficiile și eficacitatea sa. Suntem specialiști ai medicinei secolului 21 și este de datoria noastră să aducem în viețile pacienților terapii moderne ce pot să ofere o calitate a vieții crescute, în patologii care până acum câțiva ani poarte nu reușeau să le trăim nechirurgical.



CAMPANIA SĂNĂTATEA SOMNULUI

www.vitalaire.ro

Vă simțiți obosiți, somnolenți sau vă doare capul când vă treziți dimineată?

S-ar putea ca ceva să nu meargă bine în timp ce dormiți, despre care nu știți: apnea obstructivă în somn.

Uneori resimțiți ca o adevărată luptă efortul de a vă menține treji când stați pe ecranul calculatorului, la TV sau în timp ce conduceți pe autostradă.

Somnolența în timpul zilei este o problemă mai mare decât pare. Pacienții cu apnee în somn de tip obstructivă au adesea simptome de somnolență și oboseală pe timpul zilei datorate intreruperii respirației în timpul somnului și a slabiei oxigenării cauzate de această intrerupere a respirației.

Cuvântul „apnee” vine din greaca veche "ápnoia" care înseamnă „absența respirației". O apnee este definită ca oprirea respirației de cel puțin 10 secunde. Apnea obstructivă în somn vă face să opriți respirația în somn timp de câteva secunde, de mai multe ori pe oră.

O patrime din pacienții cu apnee în somn de tip obstructiv acuză somnolența ca fiind principalul simptom, în timp ce ~ 50% din pacienți acuză **lipsa energiei, oboseala și epuierea** ca simptome de bază.

Dacă aveți apnee în somn, persoana care doarme cu Dvs poate observa că **sforăiți puternic, pufniți sau scoateți un sunet de sufocare atunci când începeți să respirați din nou după o pauză de respirație.**

Alte simptome includ:

- Somnolență și oboseală în timpul zilei
- Trezirea cu gâtul uscat sau dureri de cap
- Mersul la baie pentru a urina în timpul noptii
- Dificultate de concentrare sau iritabilitate în timpul zilei.

Dacă recunoașteți aceste simptome, atunci este un semn că oboseala Dvs nu se datorează doar epuizării fizice, poate fi mult mai mult decât atât. **Este timpul să mergeți la un medic specialist cu competență în somnologie care să vă facă investigații pentru sindromul de apnee în somn.**

Obținerea unui tratament pentru apnea obstructivă în somn vă poate salva viața și vă poate ajuta să vă simțiți mai bine în fiecare zi.

Informațiile din prezentul articol sunt adresate publicului general și sunt cu caracter pur informativ. Nu se dorește a fi exhaustiv și nu înlocuiește o consultație sau un diagnostic medical. Dacă aveți semne sau simptome care necesită o opinie medicală, vă recomandăm să mergeți la medic.

sursă foto: canva

**MEREU OBOSIȚI ȘI SOMNOLENȚI?
ESTE POSIBIL SĂ AVETI APNEE ÎN SOMN**

CAMPANIA
SĂNĂTATEA SOMNULUI

www.vitalaire.ro



Migrena

Migrena este un tip de cefalee recurrentă, întâlnită des, care de multe ori este tratată necorespunzător. Există mai multe categorii de cefalee, care au criterii precise de diagnostic, terapii specifice și care trebuie diferențiate de migrenă.

Col. medic conf. univ.
dr. Carmen-Adella Sirbu,
medic primar neurolog,
MD, PhD, MPH,
doctor în medicină



Vrinceanu Ana,
student Facultatea de Medicină, UTM, București

Majoritatea pacienților nu efectuează un consult medical și aleg să se trateze singuri, neconștientizând riscurile automedicației. De aceea, se poate ajunge chiar la un abuz de analgezice pe bază de codeină, cu potențial periculos.

Este important de știut faptul că durerea de cap poate fi o caracteristică a mai multor afecțiuni grave ce necesită investigații suplimentare. Există semne care ne obligă la efectuarea investigațiilor amănunțite: un nou tip de durere bruscă, permanentă sau prezența unor semne sau simptome: febră, confuzie, stare mentală alterată.

Un set de întrebări foarte util atât pentru pacient, care trebuie să pregătească răspunsurile înaintea întâlnirii cu medicul, cât și pentru medic, care află astfel caracteristicile importante ale durerii de cap,

fără a omite ceva important, este prezentat aici:

1. Când a debutat cefaleea?
2. Unde este localizată și unde iradiază?
3. Cât durează?
4. Care este frecvența crizelor?
5. Care este intensitatea durerii, pe o scală de la 0 la 10, unde 10 este cea mai puternică?
6. Ce natură și ce calitate are durerea?
7. Care sunt simptomele care însوțesc durerea?
8. Care sunt factorii declanșatori?
9. Care sunt factorii care agravează / ameliorează durerea?
10. Există istoric familial de cefalee?
11. Ce face pacientul în timpul crizei?
12. Cât de mult este limitată activitatea curentă a pacientului?
13. Ce medicație a utilizat și cu ce rezultate?
14. Dacă între atacuri își revine complet sau există simptome reziduale?

Factorii declanșatori ai migrenelor variază foarte mult de la individ la individ.

Factorii alimentari includ: ciocolată, brânză fermentată, citrice, alcool, vin în special roșu și bere, hot-dog, mezeluri, glutamat monosodic găsit în produsele alimentare chinezesti, sos de soia, îndulcitori artificiali, snack-uri, fast-food, alimentele grase, înghețată și alte produse alimentare congelate, coloranți alimentari, cafea, ceai, cola (cofeina și cafeina), produse lactate, portocale.

Factorii hormonali sunt factori declanșatori importanți și se observă legături frecvente între migrene și ciclul menstrual al pacientelor. Condițiile stilului de viață al pacientului, cum ar fi stresul, somnul și mesele neregulate pot fi factori majori în influențarea migrenelor.

Jurnalul crizelor este un prețios instrument de lucru atât pentru medic cât și pentru pacient, permitând: înregistrarea simptomelor și a profilului temporal care contribuie la un diagnostic corect, înregistrarea medicației folosite și a abuzului medicamentos, evidențierea asocierii cu ciclul menstrual sau cu alți factori precipitanți. El trebuie ținut câteva săptămâni/luni pentru clarificarea tipului de cefalee și a simpto-

melor asociate, permitând ulterior și un bun feedback asupra eficacității medicației.

vorbire-disfazie. Apariția aurei este un semn care prevăzeste instalarea migrenei.

combinări dintre acestea ≥ 10 zile / lună.

Tulburările psihice și comorbiditățile (depresia, obezitatea, tulburările de somn) ar trebui tratate, deoarece ele pot însăși migrena cronică.

Scopul principal al tratamentului migrenei este gestionarea durerii. Pe termen scurt, scopul este ca pacientul să controleze repede. Pe termen lung, scopurile terapiei sunt prevenirea recurențelor crizelor migrenoase și scăderea severității acestora. Alegerea medicamentului se face individualizat, în funcție de particularitățile fizioleologice ale pacientului, de tolerabilitate și de comorbiditățile prezente.

Pentru criza ușoară-moderată se folosesc oral, analgezice, antipiretice. Pentru criza moderată sau severă, în cazul în care este cunoscută lipsa răspunsului la analgezicele clasice, se folosesc triptani administrați oral, subcutanat, intranasal, imediat când începe criza. Triptanii sunt considerați medicamente specifice anticriză migrenoasă. Se recurge la tratamentul medicamentos preventiv doar când frecvența atacurilor de migrenă este mare, când acestea duc la reducerea calității vieții și când există riscul de suproutilizare a medicamentelor.

Concluzie

Pacienții cu céfalee trebuie să consulte medicul neurolog pentru a li se stabili corect diagnosticul și trebuie să evite automedicația și abuzul de analgezice care pot crea un cerc vicios.



Există două tipuri de migrene, cu aură și fără aură (sau migrena comună), care este cea mai frecventă. Migrena fără aură este caracterizată prin céfalee, care durează de la 4 până la 72 ore și care prezintă minim 2 din următoarele caracteristici: localizare unilaterală; calitate pulsată; intensitate moderată sau severă. Se însăștește de obicei de fotofobie, greață, vârsături, iar pacientul nu suportă zgomatul, preferând să stea în repaus, într-o încăpere întunecată și în liniște. Migrena cu aură apare la 30% dintre pacienții cu migrenă. Se caracterizează prin crize dureroase precedate de simptome (aură) cu instalare treptată, în câteva minute: vizuale reversibile (lumini, pete, linii sau chiar pierderea vederii), simptome senzoriale reversibile (înțepături/amorțeală), tulburări de

Pe măsură ce migrena devine mai frecventă, simptomele care o acompaniază (de exemplu greață, vârsături, sensibilitate la lumină și sunet) pot deveni mai puțin evidente.

Tratamentul pacienților cu migrenă este o provocare. Primul pas este să observăm dacă céfaleea este cauzată de excesul de medicamente, deoarece prescrierea acestora poate produce dureri de cap din cauza supradozării. În acest caz vorbim de céfaleea de abuz medicamentos care este cronică, zilnică, adesea dimineața la trezire, survine la 3% dintre adulți, mai frecventă la femei. Apare numai ca o complicație a unei céfalalgie preexistente, de obicei migrenă sau céfalee de tip tensional. Apare la folosirea analgezicelor simple ≥ 15 zile pe lună și/sau folosirea opioizilor, ergotilor sau triptanilor, sau a oricărei

Posibile complicații ale operației de protezare a genunchiului



Col. medic Conf. univ.
dr. Stănescu Marius,
Şef Secţie Ortopedie-
traumatologie,
responsabil de
implementarea, la nivelul
SUJMC, a Programului
național de transplant de
tesuturi osteoligamentare,
competență Arthroscopia
genunchiului



Tromboza venoasă profundă și trombembolismul pulmonar

Formarea cheagurilor de sânge în venele de la nivelul gambelor e posibilă după orice intervenție chirurgicală pe membrele inferioare. Apariția trombozei venoase dă dureri și mărirea de volum a gambei. Această formare a cheagurilor

de sânge poate fi mult diminuată cu ajutorul medicației anticoagulante, purtarea de ciorapi medicali și mobilizarea precoce. Principalul pericol al apariției cheagurilor de sânge la nivelul membrelor inferioare este acela că pot migra și se pot localiza la nivelul plămânilor, fenomen ce poartă numele de embolie pulmonară. Aceasta poate duce la dificultate în respirație, durere în piept sau chiar moarte. Dacă aveți dureri inexplicabile de picioare și umflături ale gambei, vă recomandăm să faceți o ecografie doppler. Dacă simțiți dureri în piept sau dificultăți la respirație, apelați serviciul de urgență 112 cât mai repede posibil.

Infecția

Înainte și după operație vă vor fi administrate antibiotice pentru a reduce riscul infecției. Cu toate acestea există un mic risc de a apărea o infecție imediat după operație sau chiar și la câțiva ani după intervenția chirurgicală. Acest risc este mai crescut la persoanele obeze, care au multe boli asociate sau la cele care suferă de diabet zaharat. Infecția apărută după protezarea genunchiului este tratată de obicei cu o altă intervenție chirurgicală pentru a îndepărta țesutul infectat și eventual proteza. În cazul în care se îndepărtează și proteza, câteva luni mai târziu, după dispariția infecției se va pune o proteză de revizie la nivelul genun-

chiului. Există și situații foarte rare în care infecția poate avea consecințe devastatoare cu desființarea articulației și blocarea genunchiului.

Rigiditate

Pacienții pot experimenta o rigiditate a genunchiului după operație. Un genunchi rigid, cu o mobilitate scăzută înainte de intervenția chirurgicală este mai probabil să rămână rigid și după operație. De aceea este imperios necesar ca pacienții ce au suferit o intervenție chirurgicală de protezare a genunchiului să urmeze un program susținut de recuperare (kinetoterapie) pentru a preveni această rigiditate a genunchiului.

Leziuni nervoase

Frecvent, câteva luni după intervenția chirurgicală puteți avea o senzație de amorteașă

la nivelul genunchiului, mai ales pe partea laterală a inciziei. Această amorteașă nu provoacă pacienților disconfort sau durere.

Fracturi

Femurul, rotula sau tibia se pot fractura în timpul operației sau la distanță de ani după intervenția chirurgicală de protezare. În acest caz, e nevoie de o nouă intervenție chirurgicală de fixare a fracturii.

Osteoliza

Distanțierul de polietilena se poate uza pe parcursul mai multor ani. Osteoliza este răspunsul organismului la particulele fine de polietilenă, pe care acesta le atacă, ducând astfel la "slăbirea" oaselor din jurul articulației genunchiului. Aceasta poate avea ca rezultat fracturile sau degradarea componentelor protezei de genunchi.

Decesul

Deși extrem de rar, există pacienți care au decedat în urma artroplastiei totală de genunchi. Aceasta s-a întâmplat, în principal din cauza unor afecțiuni asociate grave care s-au acutizat după intervenția chirurgicală. Decesul se poate produce și datorită unei embolii pulmonare, așa cum a fost specificat mai sus.

Alte complicații

Această listă acoperă cele mai frecvent întâlnite complicații. Pentru că fiecare pacient este unic și complicațiile care pot apărea sunt numeroase. Deși numeroase complicații au fost raportate în literatura de specialitate, cele mai multe sunt minore și rare.

Sursa: SCUUMC București



Sângerări

Foarte rar, vasele de la nivelul genunchiului pot fi lezate odată cu intervenția chirurgicală, astfel apărând sângerări mai mari în timpul sau după operație. În aceste situații, e posibil să aveți nevoie de o altă intervenție chirurgicală pentru corectarea problemei apărute. Ocazional, sângele se poate acumula postoperator la nivelul genunchiului formând un hematot. În aceste cazuri e posibil să aveți nevoie de o altă intervenție chirurgicală de evacuare a hematotului.

LENTILELE MIYOSMART

modul intelligent de a corecta miopia la copii

Miopia este, în prezent, cel mai frecvent viciu de refracție, afectând aproximativ un sfert din populația globalului. **Se manifestă prin dificultatea de a vedea clar obiectele aflate la distanță, în timp ce obiectele aflate în apropiere sunt văzute clar.** La ochiul normal, imaginea se focalizează pe retină. La ochiul miop, mai alungit decât cel normal, razele de lumină se focalizează în fața retinei, ceea ce determină o imagine neclară a obiectelor aflate la distanță.

Gabriela Bodnari,
inginer optometrist



Miopia debutează, de obicei, în prima parte a copilăriei sau la vârsta școlară. Miopia la copii se manifestă prin dificultăți în vederea la distanță (nu văd la tablă), tendința de a „strânge din ochi”, dureri de cap. Copiii miopi realizează cu mai multă ușurință activități care solicită vederea de aproape (scris, citit). Pentru a detecta din timp instalarea deficiențelor vizuale la copii, este extrem de importantă efectuarea controalelor oftalmologice periodice preventive.

De la debutul miopiei, se observă o creștere a numărului dioptrilor folosite pentru corecția vederii și copiii cu vârste mici au rată de creștere mai rapidă a

miopiei. Cu cât crește miopia, cu atât sunt riscuri pentru mai târziu. Un adult miop, cu o miopie de 5 dioptrii, prezintă risc ridicat de a dezvolta anumite afecțiuni vizuale grave: glaucomul, cataracta,dezlipirea de retină. De aceea, ne propunem să menținem copilul la valori cât mai mici ale miopiei, prevenind progresia miopiei prin toate soluțiile moderne.

Studiile arată că miopia este influențată de **factori genetici și de factori de mediu**. Un copil cu părinți cu miopie are de 3 ori risc mai mare față de alți copii de a dezvolta miopie. Schimbarea stilului de viață al copiilor, cu mai puțin timp petrecut în aer liber, utilizarea intensivă a telefoanelor smart, tabletelor și calculatoarelor favorizează creșterea miopiei.

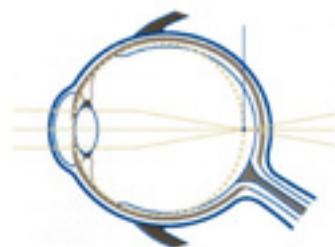
Soluțiile moderne de prevenire a creșterii miopiei:

- ochelarii cu lentile speciale Miyosmart;
- lentile de contact MiSight

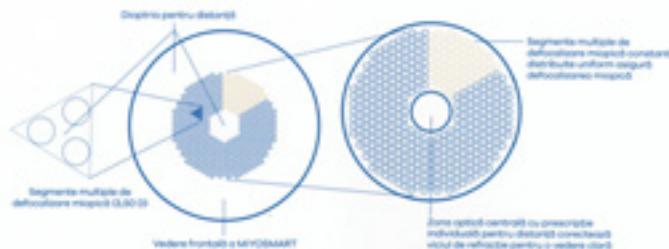
clinica oftalmologica
NOVAOPTIC
•pentru sănătatea ochilor tăi

(Cooper Vision), lentile moi, cu înlocuire zilnică pentru purtare 12 – 14 ore pe durata zilei;

- lentilele de contact de noapte (metoda numită ortokeratologie), purtate pe durata somnului au rolul să aplătizeze cornea și să reducă temporar miopia, permitând copilului să vadă bine pe toată durata zilei, fără ochelari;
- administrarea de picături de atropină pediatrică (în concentrație foarte mică) în fiecare seară la culcare, pe termen lung.



În anul 2021 a fost lansată în România lentila oftalmică MiyOSMART, una dintre cele mai importante inovații în controlul miopiei. Până în acest moment, miopia era corectată, în majoritatea cazurilor, cu lentile de ochelari monofocale convenționale care oferă o vedere clară însă nu puteau gestiona progresia miopiei.



Lentilele pentru ochelari MiYOSMART au fost concepute special pentru încetinirea progresiei miopiei la copii.

În urma cercetărilor privind teoria defocalizării miopice, Universitatea Politehnică din Hong Kong (PolyU) a descoperit că miopia poate fi controlată prin asigurarea simultană a unei vederi clare și a unei defocalizări miopice constante. Valorificând experiența avansată a celor de la PolyU în controlul miopiei, HOYA a început să dezvolte o tehnologie pentru a controla progresia miopiei cu ajutorul lentilelor oftalmice. Această tehnologie este cunoscută sub numele de Defocus Incorporated Multiple Segments (D.I.M.S.) (segmente multiple incorporate de defocalizare), care stă la baza lentilelor MiYOSMART.

MiYOSMART cu tehnologia D.I.M.S. este o lentilă correctoare cu o suprafață frontală alcătuită din sute de mici segmente, fiecare asigurând defocalizare miopică constantă, distribuite uniform pe o zonă cu diametrul de 33 mm (zona de tratament). În zona circulară cu diametrul de 9.4 mm din centrul lentilei, nu există segmente de defocalizare, acest design al

lentilei putând să întârzie alungirea globului ocular și să ofere simultan o vedere clară.

Studiul clinic de 2 ani (la care au participat 160 de copii



cu vîrstă între 8-13 ani) arată că purtarea zilnică a ochelarilor cu lentile MiYOSMART a încetinit, în medie, cu 60% progresia miopiei în comparație cu copiii care purtau lentile monofocale convenționale. Progresia miopiei a fost complet opriță la 21,5% la copiii care au purtat ochelari cu lentile MiYOSMART.

Beneficiile lentilei MiYOSMART

sunt maximizate împreună cu respectarea următoarelor recomandări:

- copiii ar trebui să petreacă mai mult timp în aer liber, cel puțin 2 ore/zi;

- la fiecare 20 de minute petrecute în fața unui ecran sau în activități de lucru de aproape, trebuie privit la o distanță de 20 de metri, timp de 20 de sec (20/20/20);

- lucrul de aproape să se desfășoare în condiții de iluminare adecvată, postură și distanță de lucru recomandate;
- controale oftalmologice regulate, cu respectarea unui protocol clar (la prima vizită

se recomandă refracția cu picături cicloplegice și măsurarea axului antero-posterior al globului ocular, apoi la fiecare 6 luni, vizite de monitorizarea progresiei miopiei);

- alimentație sănătoasă, cu fructe și legume proaspete.

Printre primele clinici oftalmologice din România care au prescris cu succes aceste lentile și având până în prezent peste 350 de copii purtători de lentile Miyosmart, Novaoptic este centru de management modern al miopiei.

Aici, fiecare copil sau adolescent cu miopie este atent evaluat și ii recomandăm soluția cea mai potrivită de corectare a miopiei, urmată de monitorizare la fiecare 6 luni.

Prin încetinirea progresiei miopiei și a deteriorării vederii asociată acesteia, copiii se pot bucura de o vedere mai bună.

Centrele Novaoptic:

- > Suceava, str. Petru Rareș nr. 41 tel. 0724 232 668
- > Suceava, bdul G. Enescu nr. 9A tel. 0724 232 664
- > Suceava, str. M. Viteazul nr. 21 tel. 0723 232 611
- > Botoșani, str. Primăverii nr. 10 tel. 0724 232 667



NOVAOPTIC
www.novaoptic.ro

„Dorim să actualizăm anumite ghiduri și să creăm unele ghiduri noi”

Interviu cu Prof. Univ. Dr. Radu Vlădăreanu,
Președintele Societății Române Obstetrică și Ginecologie

Există date actuale privind campania de vaccinare anti-HPV? Ce măsuri considerați că sunt necesare să se ia pentru ca femeile să fie mai încrezătoare în privința acestui vaccin?

În România se implementează Programul de Vaccinare anti-HPV, adresat fetelor cu vîrstă între 11-18 ani. Am dori ca extinderea la 18 ani vaccinării să aibă un impact mai mare și distribuția vaccinului la medicii de familie să aibă rezultate mai bune, dar, din păcate, încă funcționează greu. Va trebui ca să se găsească o soluție astfel încât timpul între manifestarea dorinței unei familii de a-și vaccina fiica și realizarea vaccinării să fie redus, întrucât acum poate să fie și luni de zile.

Începând din 2021, când s-a vorbit foarte mult de vaccinare, în general, în siajul vaccinării anti Covid, s-a vorbit și de vaccinarea anti HPV. Lumea a devenit mai conștientă de beneficiile acestei vaccinări și a fost un număr mai mare de vaccinări anti HPV decât în anii precedenți, dar, oricum este departe de ceea ce ar trebui să fie, chiar dacă s-au alocat fonduri suplimentare pentru vaccinul HPV.

Se cunoaște déjà că există o legătură între HPV și toate cancerele de col. Care este incidența acestui tip de cancer în România și ce poziție ocupă România în Europa legat de cancerul de col?



În țara noastră se implementează Programul Național de Screening pentru Cancerul de Col Uterin, dar este nevoie de consolidare și implementarea sustenabilă, pe baze populataionale care să asigure accesul egal și echitabil la aceste servicii.

Anual, peste 1.800 de femei mor în România ca urmare a cancerului de col uterin și aproape 3.400 sunt diagnosticate cu această boală. Incidența este de 2,5 ori mai mare decât media UE, iar rata mortalității de peste 4 ori mai mare, aceste date plăsând țara noastră pe unul din primele locuri din punctul de vedere al incidentei și al morbidității asociate cancerului de

col uterin, la nivelul țărilor din Uniunea Europeană. Oricum, față de cifrele de acum 10 ani, există o tendință de scădere, datorită programelor de screening, iar fetele care au fost vaccinate atunci, nu au dezvoltat aceste leziuni. Programul național de screening este consolidat prin 4 Programe Regionale (Nord Vest; Nord Est; Sud Muntenia și Centru) de prevenție, depistare, diagnostic și tratament precoce a cancerului de col uterin cu finanțare prin Fondul Social European – Programul Operațional Capital Uman care au ca scop implementarea strategiei de screening cu testare primară a infecției persistente cu HPV.

Sunt deja 3 ani de la apariția primului ghid de bune practici în infertilitate. Ce ne puteți spune despre aplicarea acestui ghid la nivel național?

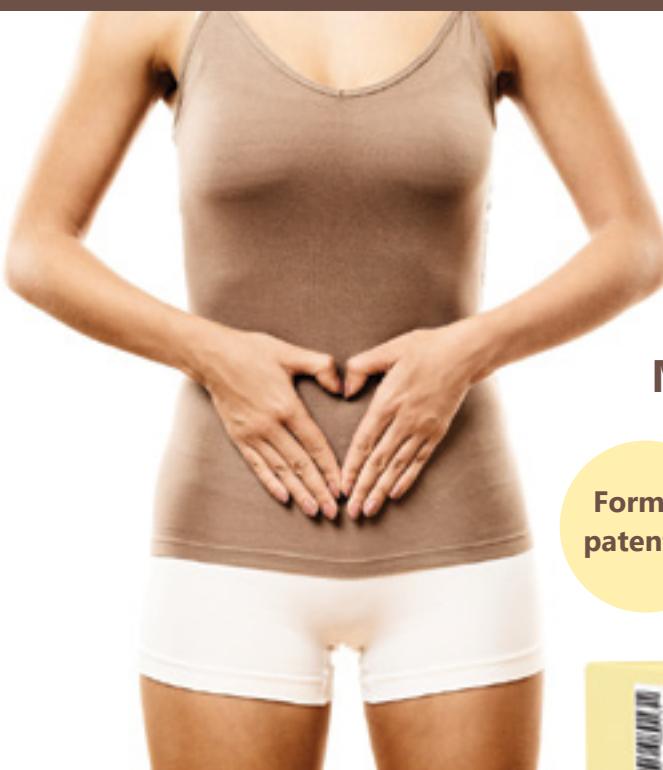
Este un ghid de bune practici care vine cu recomandări generale pentru clinicele unde se fac fertilizări. Este un ghid în general acceptat și utilizat, și se adresează în același timp și pacienților, este accesibil, astfel încât pacienții să înțeleagă că ceea ce se face în acele clinici este conform unor practici cuprinse în acel ghid.

Fertilovit® for a new life

40% dintre femeile cu infertilitate
și dureri cronice au endometrioză

<https://www.institutendometriose.com/ro/endometrioză/simptomele/>

Concept terapeutic complet ce sprijină nevoile specifice și fertilitatea pacientelor cu endometrioză



Fertilovit® F ENDO

Recomandat de experți de top în
fertilitate. Produsul nu conține
lactoză, gluten și coloranți artificiali.

Martie, luna internațională
a endometriozei

Durere cronică pelvină?

Menstruație abundantă?

Formulă
patentată

Infertilitate?



Unic Importator și Distribuitor în România: **Dux MD Pharma Solutions SRL**
Puteți solicita detalii printr-un email la adresa: office@duxmd.ro
www.duxmd.ro / Tel: 0769 954 577

Dux MD
pharma solutions

La ce sunt bune fibrele alimentare?

Oamenii își doresc în viață să fie fericiți, să atingă o stare materială satisfăcătoare și să se păstreze sănătoși. Printre aceste deziderate principale, cumva prins în cel cu sănătatea se află și menținerea la o masă corporală optimă. Nu-i de mirare că s-a creat o adevărată industrie în zona de nutriție, cu specialiști care oferă recomandări generale sau niște, numai că de prea multe ori există informație fie în cantitate prea mare, fie antagonică. Iar publicul general suferă, pentru că intră într-un cerc vicios în care nu știe pe cine să mai asculte, iar repercusiunile asupra organismului pot fi serioase. Este extrem de important să învățăm să mâncăm sănătos, să ne luăm majoritatea substanțelor necesare din alimente, iar dacă avem nevoie să pierdem câteva kilograme să nu apelăm la diete drastice, ci la îmbrățișarea unor principii pe care să le adoptăm la longue. Mai mult, cum industria aceasta a explodat, mai suntem bombardati și de tot felul de combinații miraculoase de elemente care ne promit energie, sănătate deplină, potențial mărit la lucru, rezolvarea rapidă a unor probleme. Aici e nevoie de scepticism, educație medicală veritabilă, stabilirea unor surse credibile.

Despre fibrele alimentare s-a discutat intens în medicină, cu studii serioase care le-au dovedit eficiența în anumite patologii. Fibrele există în mod natural în alimente și e bine să ne păstrăm în cap ideea că le vom culege de aici, nu din suplimente. Cele mai bogate în fibre sunt cerealele și leguminoasele. La cereale fac un comentariu de bun simț: nu evitați glutenul decât dacă aveți o boală diagnosticată clar, iar ea impune evitarea glutenului (cea care merită dată exemplu aici este boala celiacă); în rest, nu aveți de ce să evitați glutenul. Tot la cereale mai adaug că e nevoie de moderație, întrucât

ele sunt bogate în carbohidrați. La leguminoasele lucruri stau altfel – puteți consuma și cantități mai mari de verdețuri, că sunt pline de fibre, minerale, vitamine, și de regulă nu au mulți carbohidrați. Un studiu a arătat că oamenii care au consumat verdețuri au fost cu 11 ani mai tineri din punct de vedere cerebral față de cei care nu aveau în mod constant incluse verdețurile în dietă.

Suplimentele

Acestea pot fi utile când sunt dovedite carene (prin analize la medicul specialist) sau când există situații particulare (anumite perioade cu consum mare, situații speci-

ale cum ar fi sarcina, anumite afecțiuni – dar iar medicul va stabili exact ce și cum). Altfel, dezirabilă va fi calea alimentației cu produse cât mai naturale, cât mai puțin procesate industrial și termic. Ne putem lua absolut tot necesarul zilnic din dietă, dar aici intervin anumite probleme:

1. de multe ori nu putem găsi alimente bune;
2. trăim pe fugă, alergând printre sarcini care mai de care mai complexă;
3. am vrea mereu să găsim calea mai ușoară, să corectăm ceva cât mai simplu, ideal fără să apelăm la ajutor specializat;
4. suntem bombardati de recla-



me și sfaturi care ne seduc; 5. ne dorim o extrasiguranță, iar dacă un supliment sau produs ne promite o stare superioară a unui organ sau o protecție sporită împotriva unor pericole, tindem să-i dăm atenție. Lucrurile sunt complexe și cu atât mai mult e nevoie de rațiune, respectarea adevărului științific (adică să luăm ceva documentat, cu dovezi clare că funcționează și nici nu ne face rău).

Cu toții ne-am confruntat cu perioade de constipație, sindrom de intestin iritabil, balonare, disconfort abdominal. Un aport de minimum 25 de grame de fibre pe zi poate fi dificil din alimente, iar suplimentarea aici cu OptiFibre devine ușoară și precisă, având efecte dovedite științific.

Constipație

Fibrele optimizează frecvența scaunelor, scad nevoia de laxative, creează un mediu propice pentru dezvoltarea bacteriilor comensale (cele bune).

Intestin iritabil

Fibrele ameliorează simptomele deranjante, cresc calitatea vieții.

Fibrele protejează mucoasa colonului, scad riscul de cancer de colon, asigură un mediu prietenos dezvoltării bacteriilor comensale (sunt și suport nutritiv pentru acestea), regleză PH-ul local, modulează transportul apei și al electrolitilor (mai ales sodiu), regleză tranzitul intestinal general, modulează absorbția glucozei. Există în medicina o multitudine de studii care pot fi lecturate oricând.

Orice patologie aveți, caracterizată prin tulburări de tranzit, discutați cu medicul dumneavoastră pentru a găsi cele mai bune abordări. Scopul va fi limitarea sau anularea simptomelor deranjante, utilizând o strategie multiplă, ideal fără efecte adverse. Fibrele nu au niciun efect nociv raportat. Este important să reținem iar că ele vor fi luate la indicația medicului, persoanele sănătoase având sarcina (nu e tocmai ușoară, recunosc) de a se documenta și a căuta să-și ia absolut tot necesarul zilnic din alimente. Reiterez ideea cu suplimentele – ele sunt recomandate în curenț și în situații particulare, toate obiectivate de un medic specialist.

Autor – dr. Vasi Rădulescu

Ilustrație – Col. Oana Ciobanu

Războiul cancerului

„Lupta împotriva cancerului este asemenea unui conflict modern, purtat cu arme care mai de care mai sofisticate. Printre cei mai importanți în acest război cu răul, sunt soldații din prima linie: medicii de familie. Grăniceri la hotarele sănătății, ei sunt primii care iau contact cu chipul hâd al bolii; și acest chip este înșelător. Constație apărută „peste noapte”, scădere în greutate rapidă sau oboseală nejustificată? Ele pot fi tot atâtea „semnale de alarmă” pentru un medic de familie care cunoaște bine istoria bolnavului. „N-a vrut să-mi dea tratament, mi-a dat niște analize și m-a trimis la medicul specialist, a vrut să scape de mine...”. Nimic mai greșit.

**Colonel medic
dr. Costin Dutu,**
medic primar chirurgie
generală, competență
chirurgie oncologică,
competență chirurgie
laparoscopică, doctor
în științe medicale,
Spitalul Clinic de Urgență
Militar Central București



Dar importanța pe care societatea o acordă sănătății noastre, nu vine din cea pe care i-o acordăm fiecare dintre noi?

Odată declanșată alarmă de către medicul de familie (căruia îi revine astfel un mare merit în evitarea unui „atac prin surprindere”), intră în acțiune „trupele specializate”. Stabilirea diagnosticului poate fi făcută prin puncții-biopsie (adevărate incursiuni rapide în teritoriul inamic) de către medici de diferite specialități, în funcție de localizarea cancerului. Confirmarea de către anatomo-patolog a malignității țesutului recoltat determină începerea tratamentului.

Deoarece cancerul nu „respectă” legile unei boli benigne, suntem îndreptățiti să purtăm războiul împotriva lui cu toate mijloacele posibile. Astfel, pe lângă arma convențională a chirurgiei, putem folosi chimioterapia și radioterapia, două posibilități cu nume antipatice dar care pot limita și chiar distrug boala canceroasă.

Medicul de familie știe că anumite simptome, apărute într-o asociere specifică la o anumită vârstă, la bolnavi cu un istoric sugestiv, sunt obligatoriu de cercetat, precum oricare mișcare neobișnuită în rândul trupelor inamice. El știe, de asemenea, că, în cazul unei neglijări a bolii, laxativele și vitaminele sunt la fel de utile împotriva unui eventual cancer, precum cavaleriștii polonezi împotriva tancurilor germane, în al doilea război mondial.

„Trebuie să umblu după analize/endoscopie/ tomograf” își poate spune bolnavul; da, poate fi costisitor în bani și timp în sistemul sanitar de azi.

Medicul oncolog are, astfel, menirea de a stabili și coordona operațiunile întregii echipe medicale. Este, de altfel, și cel care se confruntă cu stadiile avansate de boală și cu pierderile umane, inevitabile ca în orice război. A fi medic înseamnă să crezi, zi de zi, că omul de lângă tine se va însănătoși. Mai mult decât atât, acest crez este transmis pacienților, după posibilitatea acestora de a-l primi și după capacitatea doctorului de a-l oferi. La sfârșitul unui tratament sau operații, știind că am făcut tot ceea ce era OMENEȘTE posibil (și după cum am arătat, SE POATE), încredințăm pacientul unei alte Puteri.

A CREDE CĂ TE FACI BINE estearma cea mai puternică în războiul împotriva cancerului și poate fi cea mai înaltă formă a unei credințe, indiferent de coloratura ei religioasă.

Dumnezeu poate fi nu numai în idealuri înalte sau catedrale, ci și în dorința de a te bucura de zâmbetul oamenilor din jurul tău, în fiecare zi.”

Bio Active MC, produs japonez de excepție!

**Am fost contactați
de aparținătorii a două persoane
care au folosit Bio Active MC.**

Înălță un caz al unei paciente în vîrstă de 73 ani din județul Alba. În urma unui control medical, doamnei i s-a descoperit o tumoră de 7 cm la colon. Pe parcursul investigațiilor ce au urmat și înainte de operație a luat câte 3 pliculete/zi de **Bio Active MC Oyama Agaricus**, apoi în perioada post-operatorie a luat câte 2 pliculete/zi. A continuat în același ritm și în timpul tratamentului chimioterapic cu pastile. Analizele au ieșit în limitele normale, markerii tumorali au scăzut și a reușit să urmeze chimioterapia fără probleme conexe (stări de rău, greață, lipsa de somn, etc). La toate investigațiile ce au urmat după câteva luni s-a confirmat absența celulelor tumorale. În acest moment, doamna ia câte 1 pliculet/zi de **Bio Active MC Oyama Agaricus** timp de 10 zile pe an, pentru prevenirea reapariției problemelor.

Doamnă din județul Brașov, 40 ani, 2 nașteri. Aceasta a descoperit, ca urmare a unei vizite la medic, un chist de 2 cm pe ovarul drept. Medicul a recomandat doar urmărirea lui la fiecare 3-4 luni. Doamna a decis să administreze câte 3 pliculete/zi de **Bio Active MC Oyama Agaricus**, iar la următoarea investigație, chistul nu s-a mai observat.

T: 0264-591.520
M: 0770-661.936
magazin@naturland.ro
www.naturland.ro



Distribuitor,
Importator:
Euro Japan Trading



Notă: **Bio Active MC** este un supliment alimentar și nu înlocuiește tratamentul recomandat de medic sau un regim alimentar variat. Rezultatele diferă în funcție de organismul fiecărei persoane, dar este întru totul natural și ajută la buna funcționare a organismului. De asemenea, prin bogatul conținut de Beta-D-Glucan, luptă cu celulele cancerioase. Vă recomandăm să îl achiziționați din punctele autorizate de pe site-ul nostru, pentru a beneficia de sfat autorizat de administrare.

Importator:

Daniela Cismaru Inescu

SC Euro Japan Trading,

Tel/Fax: 0368/ 452 849

Mobil: 0723.93.30.17

E-mail: office@ejtrading.eu •

Web: www.ejtrading.eu

Recomandăm achiziționarea din punctele de distribuție menționate pe site-ul nostru (farmacii sau magazine naturiste) și verificarea compatibilității produsului cu tratamentul dat de medicul curant.

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 anti-tumorala puternică.
- Deoarece ciuperca este cultivată în mediu natural, nu în seră, fără îngreșămintă chimice.
- Deoarece **Bio Active MC** îți

- oferă garanția calității japoneze, prin mărcile primite de la Asociația de Medicină Alternativă și Complementară din Japonia.
- Deoarece îl achiziționezi din farmacie sau plafar, cu indicații de administrare personalizate.
- Deoarece vezi minime

îmbunătățiri 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, oligo-elemente) și este ușor de înghijit și ușor de asimilat!

Cum procedezi dacă ești singur și faci infarct

Motto: Este important, o zic iar și iar, să mânăcăm echilibrat, să nu fumăm, să facem mișcare, să ne relaxăm, să evităm conflictele, să ne examinăm constant la medic.

Să presupunem că ești singur și, brusc, simți o durere puternică în piept. E ca o gheără, teține, se duce spre brațe, în spate, în gât. Te panichezi brusc. Respiri mai greu. Transpiri. Ai grieață. Ești palid.

Durerea intensă în piept este semnal important de infarct miocardic acut. Ești singur. Ce faci?

Pui mâna pe telefon imediat și suni la 112, anunțând simptomele și localizarea ta. E cel mai important lucru și constituie o prioritate absolută!

Dacă ești acasă, descuie ușa și stai aproape de ea.

Încerci să te calmezi. Anxietatea apare și anumite substanțe fac ca inima să bată mai repede, cerând mai mult oxigen. E un cerc vicios, pentru că în infarct, durerea apare tocmai pentru că anumite zone nu mai sunt irrigate cu sânge și suferă/mor prin lipsa de oxigen (infarctul apare prin blocarea unui vas de sânge cu material aterotrombotic, adică acea depunere de colesterol în termeni populari). Nu te agiți și nu depui efort în plus!

Respiră calm și controlat și te poziționezi spre aer proaspăt. Nu tușești și nu faci lucruri care fie nu au efect pozitiv, fie sunt chiar nocive!

Un infarct clasic are durere

care ține mai mult de 15 minute. Dacă poți și ești aproape, mergi la spital imediat. Ai grija, condusul mașinii în acea stare poate fi deosebit de periculos pentru tine sau pentru celelalte persoane. 112 este prioritate!

Infarctul nu dă obligatoriu tulburare de ritm și nu-ți pierzi neapărat starea de conștiență în 10 secunde. Poți sta 10, 30, 60 de minute cu simptomele, iar cu cât se intervine prompt și mai repede de către medici, cu atât mai bine.

Nu apăsa pe torace. Nu ai cum să faci compresii singur și nu ai de ce proceda astfel – ele se fac când inima e opriță și manevrele, evident, sunt realizate de altă persoană, iar toracele oricum trebuie comprimat cu ~5cm.

Dacă nu ai alergie cunoscută, poți mesteca și înghiți o aspirină clasice de adult. Dar fără să te chinui căutând-o. Aștepți salvarea, nu faci nimic care presupune agitație sau vreo măsură neficientă/nocivă.

Nu consuma apă cu piper cayenne sau alte bazaconii citite online. Nu au niciun efect.

Nu există niciun „truc” rapid de a opri infarctul. Anunță 112 și aștepți.

Dacă infarctul este masiv și prinde un teritoriu mare din inimă, poate apărea o tulburare de ritm numită fibrilație ventriculară,

urmată de stop. Nu prea ai ce să faci aici, din păcate. Dacă vin ajutoarele la timp, încep măsurile necesare și transportul la spital. Dacă e încă fibrilație ventriculară, se poate aplica șocul electric, dar asta o fac medicii. Suni imediat la 112 la simptomele descrise, stai calm, aștepți. Tu oricum nu ai de unde să știi în ce teritoriu al inimii e infarctul, cum va evoluă el, dacă îți vei pierde sau nu starea de conștiență.

Poți da SHARE prietenilor pentru a disemina informații adevărate, nu fake news sau sfaturi halucinante. Avem nevoie de educație bună, nu de recomandări penibile, emoționante, facile, care ne iau ochii, dar în esență nu au nimic bun!

Disconfortul toracic, durere, grieață, respirație mai grea, transpirația, anxietatea în context de oboselă accentuată, stress, la un pacient supraponderal, sedentar, fumat sau șofer sunt elemente importante. Tiparul nu e obligatoriu, dar este frecvent. Este important, o zic iar și iar, să mânăcăm echilibrat, să nu fumăm, să facem mișcare, să ne relaxăm, să evităm conflictele, să ne examinăm constant la medic.

Să fiți sănătoși!

Autor – dr. Vasi Rădulescu

Ilustrație – Col. Oana Ciobanu

Ecografia mamară în perioada de sarcină și alăptare

Majoritatea leziunilor mamare apărute și diagnosticate în timpul sarcinii și alăptării sunt leziuni benigne. Un procent mai redus de cazuri este reprezentat de cancerul de sân asociat sarcinii, definit ca fiind cancerul de sân apărut în cursul sarcinii sau în primele 6-12 luni după naștere.

Anca Ciurea,
Disciplina de Radiologie
și Imagistică Medicală,
Universitatea de Medicină și
Farmacie "Iuliu Hațieganu"
Cluj-Napoca, România



Cancerul de sân asociat sarcinii este un diagnostic devastator, cu prognostic rezervat și cu un important impact negativ atât asupra calității vieții mamei, cât și asupra copilului.

Diagnosticul leziunilor apărute în cursul sarcinii și alăptării, în special diagnosticul cancerului de sân este o provocare pentru medicul radiolog datorită modificărilor fiziologice specifice care influențează implicit aspectul radioimestic și sensibilitatea și specificitatea fiecărei metode imagistice în parte.

În timpul sarcinii și alăptării sânul suferă modificări fiziologice datorate acțiunii diverselor hormoni care provoacă hiperplazia componentelor epiteliale și stromale precum și dezvoltarea unei vascularizații abundente.

Ca urmare, sânul în perioada de sarcină și alăptare prezintă densitate mamografică crescută, fapt ce va determina o reducere semnificativă

a sensibilității mamografiei. De asemenea, referitor la examinarea mamografică, trebuie ținut cont de iradierea fetală din timpul mamografiei care, deși redusă (0,004 Gy, chiar și fără protecție), poate, cel puțin teoretic, să inducă anomalii fetale. Prin urmare, mamografia nu este recomandată în primul trimestru de sarcină.

Rezonanța magnetică mamară (RMM) are și ea valoare limitată deoarece creșterea vascularizației mamară poate duce la accentuarea hiperseminalului glandular de fond, cu mascarea eventualelor leziuni mamară. De asemenea, deși substanțele de contrast pe bază de gadolinium pot fi administrate în siguranță în perioada de alăptare (o cantitate mică se elimină prin laptele matern și o cantitate și mai mică se absoarbe din tractul digestiv al nou-născutului), în timpul sarcinii administrarea lor este contraindicată.

În prezent, recomandarea ACR (Colegiul American de Radiologie) este de a efectua examinarea prin rezonanță magnetică (mamară) în timpul sarcinii doar în cazurile în care se aşteaptă beneficii reale în ceea ce privește

diagnosticul și conduită diagnostică și/sau terapeutică.

Prin urmare, ecografia mamară este examinarea de primă intenție în evaluarea acestui grup de paciente, cu sensibilitate și specificitate crescută comparativ cu mamografia și fără efectele adverse ale mamografiei și rezonanței magnetice. Cu toate acestea, și diagnosticul ecografic poate să fie dificil datorită modificărilor fiziologice specifice și alterării aspectului normal al glandei mamară. În sarcină țesutul fibroglandular este mai hipocogen față de normal pe când în alăptare are un aspect hiperecogen, cu vascularizație crescută.

Ecografia axilară este extrem de utilă în cazul leziunilor incerte sau suspecte. Carcinoamele agresive se prezintă de multe ori sub forma unor leziuni de mici dimensiuni, cu caracter ecografice nespecifice însă cu adenopatii axilare tumorale evidente, de mari dimensiuni (comparativ cu tumora primară), ceea ce face ca suspiciunea diagnostică să crească și leziunea, deși cu aspect pseudobenign sau nespecific să fie reîncadrată într-o clasă cu risc crescut, cu recomandare de biopsie.

Premieră pentru medicina militară românească – Reconstrucția bilaterală a articulației temporo-mandibulare

Recent, în premieră pentru medicina militară românească, și probabil pentru chirurgia națională, în blocul operator al Secției Clinice Chirurgie Orală și Maxilofacială a Spitalului de Urgență Universitar Militar Central "Dr. Carol Davila" s-a realizat intervenția chirurgicală de reconstrucție bilaterală a articulației temporo-mandibulare cu proteze articulare complete bicomponente realizate specific pentru acest caz, operație realizată în cazul unui pacient diagnosticat cu anchiloză temporo-mandibulară post-traumatică bilaterală.



Articulația temporo-mandibulară (ATM) este structura ce unește craniul de mandibulă, ea permitând închiderea și deschiderea gurii, dar și mișcările laterale ale mandibulei. În interiorul acestei articulații se realizează mișcări complexe de glisare și rotație coordonat

și echilibrat – balansat stânga-dreapta (ținând seama că un singur os, mandibula, se articulează în 2 puncte cu baza craniului într-o manieră similară unui balansoar).

Articulația este formată din capetele osoase articulare acoperite de cartilaj, discul articular și numeroase ligamente.

Această articulație se deschide și închide de aproximativ 2000 de ori pe zi, contribuind la procesul de masticație, fonație și deglutiție, fiind astfel cea mai activă din corp.

Procesele patologice ce afectează articulațiile din corpul uman (boli inflamatorii, degenerative, traumaticе, congenitale etc.) pot afecta și articulația temporo-mandibulară rezultând un tablou clinic specific.

Dintre acestea, anchiloza ATM este definită ca fiind o aderență osoasă sau fibroasă între componentele articulare anatomiche, însotită de limitarea deschiderii gurii. Forma unilaterală este mai frecventă decât cea bilaterală.

Frecvența acestei afecțiuni este mai mare la copii decât la adulți, iar principalele cauze sunt (în ordinea importanței): traumatismele directe și indirecte (lovituri, căderi), infecțiile loco-regionale, poliartrita reumatoidă și inflamații ale articulației produse de factori generali.

Uneori, când o lovitură apare în perioada copilăriei, aceasta este trecută cu vederea, pentru că efectele nu apar imediat ci la distanță (prin dezvoltarea asimetrică stânga – drepta). De cele mai multe ori, pacientul nici nu își amintește să se fi lovit vreodată în momentul în care este diagnosticat cu anchiloză.

Ca simptomatologie, la adult, se constată limitarea sau chiar absența mișcărilor mandibulare ce induce: leziuni dentare și parodontale (determinate de o igienă orală greu de realizat), tulburări funcționale (masticatie, deglutiție, fonătie), precum și modificări ale fizionomiei, dar fără modificări de dezvoltare ale oaselor maxilare.

La copil, urmările anchilozei sunt mai severe și ușor de identificat întrucât pe lângă simptomele menționate la adult se adaugă dezvoltarea defectuoasă a aparatului dento-maxilar, cu implicații funktionale și estetice mai importante.

Inițial pacientul s-a prezentat în cadrul secției de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială pentru asimetrie facială și imposibilitatea permanentă a deschiderii gurii, însoțită de tulburări de masticatie și fonătie. Din analiza documentelor medicale ale pacientului a reiesit că în urmă cu aproximativ 3 ani acesta a suferit un accident de muncă soldat cu fractură triplă de mandibulă pentru care s-a instituit tratament chirurgical incomplet.

Dupa examinarea clinică,

s-a decis efectuarea unei tomografii computerizate de tip CBCT (tomografie computerizată cu fascicul conic) a întregului craniu, investigație care a evidențiat prezența unor blocuri osoase la nivelul articulațiilor temporo-mandibulare bilaterale, cu disparația spațiului articular bilateral.

Pe baza examenului clinic și a explorării imagistice, s-a stabilit diagnosticul de anchiloză temporo-mandibulară bilaterală post-traumatică și se decide necesitatea realizării intervenției chirurgicale: arthroplastia completă bilaterală temporo-mandibulară cu proteze articulare bicomponente din titan personalizate.

În consecință, echipa medicală a realizat planificarea chirurgicală virtuală având la bază imaginile obținute în urma efectuării CBCT-ului. Astfel au putut fi generate ghidurile chirurgicale dar și proteteze articulare personalizate.

Pe parcursul celor opt ore cât a durat operația, au fost atinși mai mulți timpi operatori dintre care menționăm: realizarea, de necesitate, a intubației pe traheostomă, rezecția blocurilor anchilotice temporo-mandibulare bilaterale cu ajutorul ghidurilor chirurgicale printate 3D și reconstrucția bilaterală a ATM cu proteze articulare din titan personalizate.

Intervenția chirurgicală s-a desfășurat sub coordonarea Maior medic dr. Adrian Gabără și supervizată de șeful Secției, Colonel medic dr. Cătălin Dumitru, cu Mr. medic dr. Ioana Bratu, medic specia-

list ATI. Echipa a fost întregită de medicii rezidenți chirurgie maxilofacială – Sergiu Sitaru, Mirela Radu, Victor Burloiu, Radu Todosi, Mihaela Popescu, Lorena Burlacu și Adela Ceau; Robert Mistrianu medic rezident ATI, asistentele de bloc operator – Preda Camelia, Ilie Viorela și infirmiera Pătrașcu Cătălina.

La finele intervenției chirurgicale, pacientul a fost transferat, pentru de 48 de ore, în Secția ATI, pentru monitorizarea funcțiilor vitale. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă sub tratament antialgic, antiinflamator, antibiotic, antisecretor și anticoagulant injectabil.

La revenirea în Secția Clinică Chirurgie Orală și Maxillo-Facială au fost suprimate: traheostoma, cateterul venos central, tuburile de dren și sonda urinară. După alte trei zile, pacientul s-a externat cu stare generală bună, afebril și plăgi chirurgicale în curs de vindecare.

Ulterior, respectiv după 14 zile, pacientul a revenit pentru reevaluare și reechilibrare ocluzală dar și pentru a începe procedurile de recuperare medicală și fizioterapie, proceduri care au fost realizate în Secția Recuperare Medicală II, de către Col. medic dr. Chiriac Ovidiu. În perioada urmatoare pacientul și-a continuat gimnastica medicală și va urma un plan de reabilitare protetică.

În prezent, starea generală a pacientului este bună, plăgile chirurgicale sunt vindecate și cel mai important, funcționalitatea a fost reluată.

Despre malpraxis (2)

În Constituție, la art. 34 este prevazut dreptul la sănătate al tuturor cetățenilor. Asigurarea unui indice de calitate, precum și responsabilizarea medicului pentru serviciile acordate se poate realiza prin instituirea răspunderii cadrelor medicale.

Dr. Petru-Emil
Muntean,
MD, BS, MHA,
LLM, FAPS, FCCP
Spitalul Județean
de Urgență Argeș



Scurt istoric

Primele aprecieri cunoscute privind răspunderea penală și civilă a medicului sunt cu-prinse în Codul Hammurabi (cca 1725 i.e.n.). "Legile lui Manu, Cărțile vieții, Vedele din India, Cărțile Biblice, Talmudul, conțin texte privind condițiile de activitate ale medicului și răspunderea lui pentru greșelile săvârșite în activitatea terapeutică". Platon, în Grecia antică, a fost partizanul imunității medicului în ceea ce privește activitățile legate de profesia sa, dar cea mai mare importanță în etica profesională medicală o au scrierile lui Hipocrate, „Corpus Hippocraticum”, „Aforisme”. În Roma antică, Cadrul normativ Lex Aquillia, adoptată în secolul al III-lea î.H. a prevăzut pedeapsa capitală pentru provocarea morții unui om liber, din culpă prin nepricepere. Ea specifică, pentru prima oară, termenul de „culpa gravis” care a stat la baza a numeroase legișlații.

În Evul mediu, musulmanii au avut un aport deosebit: școlile de medicină ale lui: Ibn-Sina, Abdul-Quasim Ibn Rasd, Abu Bakr Muhammad Ibn Zakaria al Razi, Ibn An Hafis. În creștinism, boala nu reprezintă, ca în antichitatea greco-romană, o sanctiune divină și un stigmat iremediabil (T. d'Aquino). Jurisprudența franceză a recunoscut, în secolele XV – XVII, "răspunderea chirurgilor în caz de ignoranță și nedibacie". În Marea Britanie, în anul 1375 avem date despre primul caz tipic de malpraxis descris în istorie. În țara noastră, după cucerirea Daciei, "s-au impus reglementările romane și ulterior dreptul canonice". Țările Române au fost preocupate de responsabilitatea medicală, în Pravile împărătești ale lui Vasile Lupu (1646) și Matei Basarab (1652) "medicilor li se recomandă "să fie morali, modești în sfaturi și să trateze bolnavii cu grijă". Ei sunt responsabili în cazul „smintelii bolnavului prin nemeșteșug” și riscă să fie sancționați de pedeapsa „pierderii meseriei”." Instrucțiuni privind activitatea desfășurată de medici a căror încălcare atrage răspunderea

(penală și/sau civilă) sunt prevăzute în Codul lui Calimachi și Regulamentul organic, precum și în legile sanitare din anii 1874, și urmatorii, până în 2006. Înainte de 2006, în România, unii autori s-au limitat la a indica dispozițiile art. 998-999 din Codul Civil ca temei al răspunderii delictuale a medicului. S-a ridicat problema angajării răspunderii unității sanitare angajatoare în calitate de comitent, calificând răspunderea medicului ca fiind de natură delictuală.

Responsabilitatea medicală în alte țări

În SUA, nivelul deceselor iatrogene face ca această cauză de mortalitate să ocupe locul 3 în clasament, după cancer și bolile cardiovasculare. Tipul de responsabilitate bazată pe rezultat, din sistemul juridic din SUA, este diferit față de responsabilitatea bazată pe mijloace, sistem existent în Europa. În Anglia contează răspunderea pe baza greșelii și a neglijenței prin prisma comparației "în concreto", a standardelor de "good practice" și practică medicală și identificând elementele de "malpractice". În

Germania la baza răspunderii sănătății greșală, dar suplimentar, fințează o comisie de conciliere ce rezolvă favorabil cicra 95% cazuri din care o treime în favoarea pacienților, restul rezolvându-se prin acțiuni juridice. În unele state ca: Finl-

Reglementarea malpraxisului în România

Profesia medicală, prin specificul ei, trebuie să respecte normele deontologice și juri-



nda, Noua Zeelandă, Norvegia și Suedia, sistemele juridice nu bazează acuzarea pe culpa cadrului medical ci pe nevoile pacientului, responsabilitatea bazată pe mijloace este chiar o responsabilitate bazată pe rezultat, ca în SUA, fiind o responsabilitate contractuală. Agenția Națională de Accreditare și Evaluare în Sănătate (ANAES), în Franța, stabilește recomandările pentru criteriile de calitate în recomandările medicale și profesionale și în practica clinică. Jurisprudența din Franța a fundamentat natura contractuală a răspunderii pentru încălcarea obligațiilor și pornindu-se de la distincția dintre dreptul privat și dreptul public, a făcut distincția dintre răspunderea în sistemul de sănătate privat și public.

dice. Legiuitorul a reglementat răspunderea medicală în mai multe acte normative. Constituția României, în art. 34 prevede: "(1) Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat", statul ia măsuri pentru asigurarea sănătății publice. În România, legislația nu incriminează în mod distinct faptele de malpraxis, deci nu avem o reglementare expresă a acestora. Principalele acte normative care fixează cadrul răspunderii pentru prejudiciul cauzat prin malpraxis sunt: Dreptul comun (Codul Civil), Codul Penal și Codul muncii. Legea nr. 95/2006 cu privire la reforma în domeniul sănătății și Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare, cât și numeroasele ordine ale ministrului sănătății subordonate legilor și

Constituției României, întregesc și completează domeniul medical. Legea (stricto sensu) prin OUG nr. 144/2008 și Legea nr. 95/2006. Reglementarea terțiară cuprinde: Ordinul 482/2007 al Ministrului Sănătății, Ordinul M.110/2009 al Ministrului Apărării Naționale, Codul Penal în subsidiar răspunderii civile, Cadrul legislativ penal. De asemenea, deciziile Curții Constituționale a României, Decizia nr.717 din 29 octombrie 2015, prin care Curtea Constituțională a constatat constituitatea soluției pronunțate de către Înalta Curte de Casație și Justiție, prin Decizia nr.26 din 3 decembrie 2014, conform căreia "medicul angajat cu contract de muncă pe perioadă nedeterminată într-o unitate spitalicească din sistemul public de sănătate este funcționar public", și multele acte normative în vigoare. Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România din 2016, la art.3 consacrată "sănătatea omului ca fiind țelul suprem al actului medical". Legislația la nivelul UE. Până în prezent există doar două programe de acțiune comunitară în domeniul sănătății la nivelul UE: Decizia nr. 1786/2002/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 23 septembrie 2002 de instituire a unui program de acțiune comunitară în domeniul sănătății (2002-2008) și Decizia nr. 1350/2007/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 23 septembrie 2007 de instituire a unui al doilea Program de acțiune comunitară în domeniul sănătății 2008-2013.

Va urma.

Învățarea intelligentă în Gastroenterologie

Colonel medic Asistent universitar dr. Pătrășescu Mihaiță, medic primar Gastroenterologie, medic primar Alergologie și imunologie clinică, competență Endoscopie digestivă diagnostică și terapeutică și Ecografie generală, doctor în științe medicale

**Colonel medic
Asistent universitar
dr. Pătrășescu Mihaiță,
medic primar
Gastroenterologie, medic
primar Alergologie și
imunologie clinică,
competență Endoscopie
digestivă diagnostică și
terapeutică și Ecografie
generală, doctor în
științe medicale**



Endoscopia digestivă este extrem de importantă în practica medicală gastroenterologică, constituind o manevră deopotrivă diagnostică dar și terapeutică. Trainingul medicilor rezidenți vizând achiziția abilităților necesare se realizează etapizat, de la manevre simple, la tehnici complexe, pe o curbă de învățare ce este din ce în ce mai puțin abruptă pe măsură ce gradul de dificultate crește. Clasic, procesul de învățare presupune prezența medicului rezident în Laboratorul de Endoscopie Digestivă alături de medicul experimentat endoscopist parcurgând treptat etapele de la simpla vizualizare a gesturilor medicului până la implicarea efectivă, progresiv, în procedură, sub supraveghere.

Evoluția medicinii moderne, cu accentul important care se pune pe respectarea riguroasă a drepturilor pacientului ridică, la orizont, problema temerii că acest mod de învățare a unor manevre invazive direct pe pacient ar putea aduce lezări integrității sănătății a acestuia. Astfel, a apărut necesitatea dezvoltării unor modalități de învățare neutre din punct de

înainte de a avea acces la etapa de training cu endoscoape reale alături de medicul expert, parcurgând un stagiu supervizat la simulatorul virtual de endoscopie. Aici se familiarizează cu endoscopul (reproducând foarte fidel un endoscop real), cu manipularea acestuia, cu manipularea accesoriilor (pense de biopsie, coșulețe, ace de injectare, anse de polipectomie etc.). Un soft complex stratifică etapele logice de învățare de

la recunoașterea reperelor anatomici endoscopice, antrenamentul unei perfecte coordonări între mișcarea endoscopului și mișcarea imaginii pe monitor la cauzuri clinice propuse (cu particularități endoscopice diagnosticice și terapeutice). Este antrenată deopotrivă manualitatea, capacitatea de a pune un diagnostic de leziune endoscopică și capacitatea de a lua decizii terapeutice. De asemenea simulatorul are posibilitatea de a înregistra progresul medicului rezident propunând soluții pedagogice pentru corectarea unor erori.

Simulatorul virtual de endoscopie digestivă răspunde astfel tuturor dezideratelor de training modern în această tehnică de vârf a gastroenterologiei.



vedere al potențialului lor nociv dar care ar putea accelera curba de învățare a medicului rezident. Așa au apărut modele de simulație virtuală, modele mecanice și modele animale.

Laboratorul de Endoscopie Digestivă al Spitalului Militar Central deține și utilizează în procesul de training de endoscopie un astfel de simulator virtual de ultimă generație. Medicii rezidenți de gastroenterologie,

**Simpozionul Regional Multidisciplinar
de Tehnici Minim Invazive**

Intra 30 martie și 1 aprilie 2023, Iași

www.snmri.ro

a 2 - a ediție

Conferința Națională Alzheimer 2023

cu participare internațională

Ediția a 13-a,
Cu tema: Actualități în domeniul dementelor

01 - 04 martie
World Trade Center, București, România

www.alzcongres.ro
facebook.com/ConferintaNationalaAlzheimer
instagram.com/alzcongres

ASRMN
ASSOCIATION FOR SPECIALIZED MEDICAL NEEDS

9th International Conference on
Interdisciplinary Management of
Diabetes Mellitus and its Complications

DIABETES MELLITUS IN INTERNAL MEDICINE

2023 INTERDIAB
Bucharest March 9th-11th, 2023

**CONFERINȚA NAȚIONALĂ
de PEDIATRIE
2023**

5-8 aprilie
București

GHIDURI ȘI PROTOCOALE ÎN PEDIATRIE

SECȚIUNI CONFERINȚĂ

- ALERGOLOGIE, IMMUNOLOGIE
- BOLI INFECȚIOASE SI HIV
- CARDIOLOGIE PEDIATRICĂ
- CERCETARE ÎN PEDIATRIE
- ENDOCRINOLOGIE SI DIABET
- GASTROENTEROLOGIE SI NUTRIȚIE GENETICĂ MEDICALĂ
- HEMATOLOGIE ȘI ONCOLOGIE
- MEDICINA RESPIRATORIE
- NEFROLOGIE
- NEUROLOGIE ȘI PSIHIATRIE
- REUMATOLOGIE
- URGENȚE PEDIATRICE MAJORE
- CHEKURURĂ PEDIATRICĂ
- VARIJA
- COMUNICAȚII ORALE, POSTERE

www.caped.ro

**10th Update
on Hepatology Course**

Bucharest
23- 25 March 2023

SAVE THE DATE

COURSE DIRECTORS: www.roald.ro
 Ileana GHORGHIE
 Ioan SPORSA
 Anca TRIFAN

Tel: 0724 656 526
roaldiver@gmail.com

Join us to the 10th Update on Hepatology Course!
ENIC Credit

PROGRAM INTENSIV DE ÎNGRIJIRE BOOSTER ANTIRID

7 fiole X 2 ml

| | |
|----------|------------------|
| LUNI | OXIGENARE |
| MARTI | EXFOLIERE CU AHA |
| MIERCURI | ANTIRID |
| JOI | LIFTING |
| VINERI | OXIGENARE |
| SÂMBĂTĂ | ANTIRID |
| DUMINICĂ | VITAMINIZARE |



Programul intensiv de îngrijire a tenului împotriva îmbâtrânirii este conceput sub forma unui kit cu 7 fiole, specifice rutinei particulare a fiecărei zile din săptămână, fiecare oferind beneficiile unui tip de acțiune în îngrijirea tenului.

50%
RIDURI REDUSE*
după 28 de zile
de utilizare

TOATE
TIPURILE
DE TEN



*Conform studiilor Evic Group


Original Gerovital
by Prof. Dr. G. Aslan
www.farmec.ro