

179

săptămâna

ANUL X ■ NR. 179 ■ Iulie 2014

# MEDICALĂ



Relația  
cu copilul  
meu...

pag. 9

- Operația de cataractă 11
- Mușcăturile de insecte: prevenție și tratament 12
- Endometrioza pelvină 22

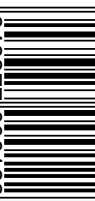


Pag 10



Pag 24

5 948377 000122 >





**Organizator:**  
**Societatea**  
**Română de**  
**Chirurgie**  
**Cardiovasculară**

# **Al 10-lea** **Congres Național** **al Societății Române** **de Chirurgie** **Cardiovasculară**

**Al 6-lea Simpozion al Asistenților**  
**de Chirurgie Cardiovasculară,**  
**ATI și Circulație Extracorporeală**

**Manifestări însoțite de**  
**o expoziție medicală specializată**

**Hotel International, Iași, România**  
**18 - 21 septembrie 2014**

**WWW.SRCCV.COM**

**Management Congres:**



Ralcom Exhibitions srl - Divizia Ralcom Medical  
Tel: +40 21 210 58 14, +40 21 210 65 40;  
Fax: +40 21 212 27 02 • [www.ralcom.ro](http://www.ralcom.ro)





## Sănătatea vine de la răsărit!

Presiunile exercitate din toate direcțiile asupra responsabililor din Sănătate devin tot mai mari.

Astfel, zilele trecute, peste 100 de asistenți medicali, reprezentanți ai Sindicatului Sanitas, au pichetat sediul Ministerului Sănătății, al Finanțelor și Muncii pentru a cere salarii și condiții mai bune de muncă. Dinspre pacienți, s-au înmulțit organizațiile care luptă pentru drepturile celor cu boli grave. 7 bolnavi de cancer au câștigat recent în justiție dreptul de a primi tratament gratuit, creînd o importanță deschidere în lupta pacienților pentru dreptul la sănătate. Pe de altă parte, producătorii de medicamente nu cedează solicitării Ministerului de scădere a adausurilor comerciale, într-un război surd și de uzură, în care producătorii nu aduc medicamente de ultimă generație și Ministerul nu are bani și întârzie plățile. Nici medicii nu trec printr-o perioadă mai liniștită. Ei lansează dezbateri pentru renunțarea la actualul sistem de coplată, în favoarea altuia prin care aceasta să le fie efectuată direct de pacient după terminarea consultației, ca semn al aprecierii calității actului medical, stimulându-se astfel performanța. Medicii din spitale fac și ei discuții să li se schimbe statutul de funcționar public pe care îl au acum ca angajați la stat cu acela de practicant de activitate liberală și să încheie cu spitalul contracte de prestări de servicii. Există de asemenea presiuni generate de începerea implementării în regim real a cardului de sănătate, care dă bătaie de cap tuturor: autorităților, medicilor, furnizorilor de software, pacienților și chiar și juriștilor, preocupați cu regimul datelor personale. Se pare că debirocratizarea medicinei se vrea și nu prea.

Nici rezidenții nu stau degeaba: vor gărzi plătite încă din primul an de rezidențiat! Ce să mai înțelegem când aflăm că la concursul de rezidențiat de la Cluj au fost mai puțini candidați decât locuri? Și ultimii dar nu cei din urmă, medicii de familie sunt hărțuiți prin tot mai numeroase programe de prevenire, control și tratament a populației, prin care să ușureze sarcina spitalelor. O lumină vine din partea Chinei, conform acordului de colaborare pe Sănătate, dar ar trebui învățată limba chineză.

Călin Mărcuşanu

## săptămâna MEDICALĂ

### Cuprins

În urmă cu 20 de ani, scleroza multiplă era socotită o boală fără nici o șansă. ....	4
România se aliniiază la standardele mondiale ale terapilor urologice .....	6
Relația cu copilul meu. ....	9
Reguli de bază pentru evitarea toxinfecțiilor alimentare .....	10
Operația de cataractă .....	11
Mușcăturile de insecte: prevenție și tratament	12
Despre Nistagmus .....	13
Mezo-Zeaxantina: Combaterea Degenerescenței Maculare și Creșterea Performanței Vizuale. ....	14
Depistarea precoce a osteoporozei .....	15
Neuralgia facială trigeminală .....	16
Analgezia inhalatorie cu gaz .....	18
Rolul videocapsulei endoscopice în hemoragia digestivă obscură .....	20
Endometrioza pelvină. ....	22
Infecțiile respiratorii .....	24
Fumatul pasiv și tulburările de somn la copil .....	26
Prinț sau cerșetor?.....	28
Nefrectomia laparoscopică. ....	30
Experiența inițială a Clinicii de Urologie Sf. Ioan. ....	30
Chirurgia urologică asistată robotic .....	31
Cancerul – boala necruțătoare a secolului. ....	32
Ayurveda și modul sănătos de a slăbi .....	34

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

#### Editor

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

**Tel:** 021.321.61.23

**Fax:** 021.321.61.30

**e-mail:** redactie@finwatch.ro  
P.O. Box 4-124, 030775

**Tiraj:** 25.000 ex.

ISSN 2067-0508



# În urmă cu 20 de ani, scleroza multiplă era socotită o boală fără nici o șansă

## Interviu cu Prof. dr. Ovidiu Băjenaru

Prof. dr. Ovidiu Băjenaru, medic primar neurolog, Președinte de Onoare al Societății de Neurologie din România, șeful Clinicii de Neurologie, Spitalul Universitar de Urgență București

**Pentru ce afecțiuni au fost făcute cele mai mari progrese în domeniul terapilor între toate bolile neurologice, în ultimii ani?**

Aș menționa bolile neuro-vasculare. În accidentele vasculare cerebrale, mai ales



**Prof. Dr. Ovidiu Băjenaru**, medic primar neurolog, Președinte de Onoare al Societății de Neurologie din România, șeful Clinicii de Neurologie, Spitalul Universitar de Urgență București

în terapia acută a accidentelor vasculare cerebrale, s-au făcut progrese spectaculoase. În ultima vreme începem chiar să avem și sprijinul Ministerului Sănătății în încercarea noastră de a implementa mai mult, pentru că deja în unele clinici folosim o serie de proceduri terapeutice noi. Un alt domeniu este cel al sclerozei multiple. În urmă cu 20 de ani, la începutul anilor '90, scleroza multiplă era socotită o boală fără nici o șansă. Un pacient cu scleroză multiplă putea fi folosit ca placebo pentru studiul oricărei boli neurologice. Astăzi nu este etic să se mai accepte un studiu în care să fie incluși pacienți cu scleroză multiplă care să primească placebo. Medicatia imuno-modulatoare, care este în plină dezvolta-

re – deși nu vindecă boala și, de altfel, nici una dintre bolile neurologice cronice în momentul de față nu are tratament de vindecare – a modificat și poate modifica spectaculos evoluția naturală a bolii, încât această boală, care este cea mai invalidantă afecțiune a bolnavului tânăr, să permită celor care, din nefericire, o au, să-și continue activitatea pentru foarte mulți ani de zile, uneori pe toată durata vieții, fără ca dizabilitățile pe care le generează această boală să fie atât de mari. Sunt apoi o serie de alte boli, precum boala Parkinson, în care s-au făcut progrese enorme în dezvoltarea terapiei, în primul rând medicamentoase, dar și chirurgicale. Mă refer aici la stimularea cerebrală profundă. E adevărat, rămân în continuare tratamente simptomatice, dar cu un impact teribil de important în calitatea vieții pacienților, în posibilitatea acestora de a-și desfășura activitatea în condiții aproa-

pe normale ca și populația de aceeași vârstă. În epilepsie s-au realizat progrese spectaculoase, din păcate doar în domeniul controlului crizelor epileptice. Nici aici nu avem un tratament curativ, dar există progrese foarte spectaculoase legate de terapiile intervenționale, terapiile chirurgicale funcționale, care încep să fie și la noi în țară folosite astăzi la pacienții cu epilepsie rezistentă la tratament.

**Care sunt principalele tendințe din domeniul neurologiei la nivel mondial?**

Cel mai important domeniu și cel mai nou în neuroștiințele clinice și fundamentale este cel al cunoașterii structurilor funcționale intime ale creierului nostru, respectiv identificarea rețelilor neuronale și a specificității acestor rețele neuronale. În creierul nostru, activitatea normală se realizează prin interconectarea – cum nici un calculator făcut de mâna omului nu poate s-o facă – a unui număr enorm de circuite, deci creierul nostru este un imens circuit de circuite. Ei bine, aceste circuite încep să fie astăzi cunoscute, cu

specificitatea lor, cu modul în care funcționează și se interconectează. Aceste cunoștințe, pe care le deținem astăzi datorită tehnicilor noi, funcționale, de imagistică cerebrală, formează un domeniu nou: conectomica. La nivel de cercetare este domeniul care urmează în timp genomicii, iar proiectele de cercetare legate de conectomică reprezintă principala prioritate astăzi în lume, atât în SUA, cât și în Europa. Al doilea domeniu este continuarea și aplicarea practică a cunoștințelor pe care știința le-a dobândit din înțelegerea genomicii, a genomului uman, a modului în care funcționează mecanismele genetice în particular, în cazul nostru legat de afecțiunile neurologice, ceea ce începe astăzi să permită identificarea chiar a unor soluții terapeutice care să corecteze consecințele acestor gene patologice. Un alt domeniu foarte important este cel al înțelegerii fizio-patologiei bolilor neurologice, fizio-patologiei intime la nivel celular și molecular a fenomenelor inflamatorii, degenerative, vasculare, metabolice, care se întrepătrund și care sunt la baza poate a celor mai multe dintre afecțiunile neurologice cu care ne confruntăm. Acestea ar fi cele trei domenii majore, care ne aduc un plus de cunoștințe din care sperăm să progresăm atât în posibilitățile de diagnostic, cât mai ales în cele de ordin terapeutic.



# România se aliniază la ale terapiilor urologice



General (r) Prof.  
dr. Dan Mischianu

**Care sunt principalele tendințe/noutăți din domeniul urologiei la nivel mondial?**

Tendința la nivel mondial observată atât în cazul urologiei, cât și în cazul celorlalte specialități chirurgicale este spre reducerea invazivității metodelor terapeutice. Aproape nimeni nu mai dorește să fie operat prin incizii mari,

care lasă cicatrici inestetice. Chirurgia laparoscopică și cea robotică au devenit standard în țările dezvoltate și cu potențial financiar adecvat. În ultima perioadă, s-a observat dezvoltarea acestor tehnici, cu tendință la reducerea și mai accentuată a invazivității.

Merită să amintim de laparoscopia single port, de laparoscopia 3D, precum și de microlaparoscopie. De asemenea, chirurgia robotică câștigă din ce în ce mai mult teren. S-au dezvoltat metode noi de tratament, precum embolizările, radioablația, crioterapia, tratamentul cu ultrasunete (HIFU).

Nu trebuie să uităm că urologia, deși specialitate chirurgicală, are în sfera sa de activitate și o serie de patologii care nu necesită tratament chirurgical. Observăm o dezvoltare accelerată a unor noi molecule, bineînțeles din partea companiilor farmaceutice, pentru tratamentul diferitelor afecțiuni urologice a căror rezolvare era în urmă cu 25-30 de ani strict chirurgicală – simptomatologia de tract

urinar inferior este poate cel mai elocvent exemplu.

Demnă de menționat consider evoluția spectaculoasă a metodelor de tratament a afecțiunilor uroonologice. Tendința este spre dezvoltarea de terapii moleculare, terapii imunologice de autovaccinuri, de teste genetice pentru evaluarea prognosticului afecțiunii.

**Tot mai multe cadre medicale pleacă din țară. Care este situația din punctul de vedere al medicilor urologi?**

Nu cred, cum fatidic este inscripționat adesea pe „burtierele” televiziunilor de știri, că din România pleacă mii de specialiști în medicină. Versus migrarea medicilor urologi, îmi pare că nu avem o situație îngrijorătoare. Mi-grația tinerilor urologi români consider că nu reprezintă un fenomen de masă. Cei care consimt să o facă, o fac cu siguranță datorită fie unei neîmpliniri profesionale și/sau sociale, fie având un spirit mai aventurier sau datorită firii oricărui om –

# standardele mondiale

aceea de a căuta, cu speranța de a găsi, ce este mai bun pentru sine și ai lui.

Cum altfel s-ar explica marile migrații – începând cu primul om – pare-se plecat din Africa și ajuns în America de Sud via Alaska și continuând cu migrațiile popoarelor asiatică? Credeți că toți acești indivizi au reușit tot ceea ce și-au propus? Probabil că unii da, cu siguranță că cei mai mulți nu!

**Sunteți șeful Clinicii de Urologie a Spitalului Militar Central. V-ați confruntat cu astfel de situații de migrare de personal din secția pe care o conduceți de-a lungul anilor? Cum ați rezolvat aceste situații și cum reușiți să păstrați un personal înalt calificat?**

Sunt onorat și de această întrebare și totodată trist, deosebit de trist, fiindcă trebuie să recunosc lipsa mea, nereușita, uneori, în astfel de situații. Sunt onorat, fiindcă sunteți prima persoană ce îmi puneți această întrebare.

Đin păcate, vremurile sunt cum sunt „și bietul om sub vremuri!”, vorba cronicarului.

De când răspund, în primul rând în fața propriei

mele conștiințe, de evoluția profesională a tinerilor urologi care au avut șansa/ neșansa să îmi fie aproape, am încercat și chiar am reușit să le netezesc „destinul profesional”. Cum? În cel mai bun stil românesc: apelând la diriguitorii sistemelor – rectori de Universități de Medicină, președinți de Consilii Județene, manageri de spitale. Toți acești oameni au răspuns pozitiv solicitărilor mele și sunt convins că speranța nu le-a fost înșelată de profesioniștii propuși de mine, oameni solid pregătiți în domeniu, care acum acordă asistență sanitară de bună calitate în acele posturi.

Am totuși o nemulțumire profundă: anul acesta a plecat în Marea Britanie unul dintre colaboratorii mei, Asistent universitar dr. Cristian Ilie, chirurg urolog laparoscopist de mare perspectivă. Deși cadru didactic deosebit de dotat și devotat acestei profesii al celei mai mari și cunoscute Universități de Medicină din România, nu am reușit în niciun chip să îi asigur un post de chirurg urolog organic la un spital de stat. Cândva, probabil, „sistemul” va regreta lipsa acestui om!...

**Care sunt principalele dificultăți cu care se confruntă în România un medic urolog?**

Principalele dificultăți sunt ale „sistemului”. Urologia, cu cele 13 sub-specialități ale sale, este o specialitate supratehnologizată. În consecință, atunci când nu funcționează un aparat de litotritie extracorporeală (ESWL) sau o instalație laser de litotritie a calculilor ureterali, tu, ca simplu specialist, nu poți sta să te întrebi: de ce nu există „mentenanță”? De ce „sistemul de achiziții” ale unor noi componente funcționează așa greu? De ce „componentele” respectivelor aparate pot fi înlocuite atât de greu și cu atât de multe rugăminți la forurile în drept, după ce viața lor biologic-tehnică este de mult epuizată? Sunt aproape convins că la aceste întrebări nu voi afla răspuns nici când nu voi mai fi prezent „în sistem”...

Cred, de asemenea, că o altă dificultate aparent minoră, dar cu rezultante majore este lipsa de educație medicală a pacientului nostru. Pacientul român este un aparent pudic, un neglijent absolut cu sine însuși și cu cei din jur și

atunci nu merită să ne mirăm de ce se prezintă când „îi ajunge cuțitul la os“, adică în faza terminală a unor boli consumptive.

Colaborarea cu medicii de familie, cărora nimeni nu le neagă profesionalismul este de asemenea deficitară. La fel, colaborarea cu specialiștii de medicină de urgență.

Asistența medicală prespitalică, așa cum este gândită acum, cu UPU-uri, SMURD-uri și alte chestiuni de acest fel, nu colaborează, nu ajută și nu interacționează unitar, corect și la obiect cu colegii urologi și de alte specialități din spitale. Am sentimentul existenței unei fracturi între cele două sisteme.

**Cum ați caracteriza calitatea/nivelul de profesionalism al cadrului medical specializat pe urologie din România?**

Urologii români, o spun cu convingere, sunt niște profesioniști desăvârșiți. Urologii tineri sunt conectați permanent la noutățile din domeniu și doresc să le aplice și în țara noastră. Urologii maturi se bazează pe o lungă experiență în domeniu și pe mulți pacienți vindecați în condiții și cu mijloace paupere. Dorința noastră, a tuturor celor care contribuim la formarea urologilor de mâine este să o facem unitar și performant.

Per ansamblu, cred cu sinceritate că urologia românească este o specialitate medicală competitivă și cu unul din cele mai ridicate nivele profesionale din arealul de la noi.

**Conform studiilor, cel mai frecvent cancer din patologia umană este cancerul de prostată. Care este situația din acest punct de vedere în România?**

Este cunoscut faptul că maladia canceroasă prostatică reprezintă cea mai frecventă tumoare malignă a bărbatului trecut de 65 de ani. Se și spune că în decada a noua a vieții incidența lui depășește 80%, iar dacă ar trăi 120 de ani, toți bărbații ar avea cancer prostatic!

În privința cancerului de prostată, România nu face excepție. Probabil că dacă acum 25-30 de ani cifrele arătau o incidență mai scăzută a afecțiunii, acest lucru se datora lipsei metodelor de diagnostic precoce, a lipsei de informații atât a pacientului, cât și a urologului.

Se pare că, în anul 2004, incidența cancerului prostatic era de 21%, pentru ca în 2006 să urce la aproximativ 22,82%.

În prezent, prin dozarea PSA-ului, prin controalele urologice periodice, datorită ecografiei transrectale, numărul de pacienți diagnosticați a crescut semnificativ.

Și arsenalul terapeutic al

pacientului cu această maladie se aliniază la standardele mondiale existente: prostatectomie radicală clasică sau laparoscopică sau robotică, crioterapie, brahiterapie, radioterapie externă conformațională etc. Tendința este ca și în România lucrurile să intre pe făgașul normal.

**Ați remarcat o creștere a numărului de cazuri la un diagnostic anume în ultimii ani în domeniul urologiei? Dacă da, care credeți că ar fi cauza?**

Nu pot spune că aș fi remarcat o creștere explozivă a numărului de cazuri proprii patologiei urologice. Cred însă și observ faptul că accesul mai facil la metode avansate de diagnostic precoce a făcut ca numărul de pacienți diagnosticați cu afecțiuni maligne ale aparatului urogenital să crească. Noi le spunem „descoperiri incidentale” sau „incidentalaoame”!

**Care sunt proiectele în care sunteți implicat în prezent? Ce alte proiecte intenționați să demarați în viitor în domeniul în care activați?**

Principalul proiect în care sunt implicat este acela în care mă aflu de peste 30 de ani – anume să-mi fac meseria decent și profesionist, adică să diagnostichez bine suferința celor ce mi se încredințază și să-i tratez bine!“



# Relația cu copilul meu...



**Cristina Fülöp**  
Psiholog  
psihoterapeut  
Cabinet  
Individual  
de Psihologie  
Tel. 0722.509.713  
0748.752.538

Învățăm să fim părinți în fiecare zi din momentul în care ni se naște copilul și, în evoluția firească a vieții, suntem pe zi ce trece, mai înțelepți, mai capabili să ne înțelegem copilul și deci, mai capabili să îl sprijinim „să devină”.

**D**e fapt, totul începe încă din primul an de viață al copilului și înseamnă iubire și atenție. Copilul are nevoie permanent de atenție activă și conștientă de la părintele său. Dincolo de sfaturile specialiștilor (foarte importante și utile, de altfel), părinții au nevoie de acest tip de atenție, care furnizează permanent informații prețioase despre starea copilului, despre nevoile și dorințele lui și despre gradele de satisfacere a acestora. Unicitatea fiecărui copil, reclamă acest lucru. O astfel de evoluție face ca la adolescență, totul în și despre relațiile cu părinții lui, să fie mai simplu și mai confortabil...

Ia să vedem, cum arată realitatea relațiilor cu părinții din perspectiva copilului... Foarte important și securizant pen-

tru copil este să se simtă iubit și mai apoi, înțeles, de către părintele său. Comunicarea cu copilul înseamnă în primul rând grija de a-l asculta, dar și de a decifra ce spune, cât mai aproape de ceea ce vrea în mod real, să transmită.

Dacă aceasta este realitatea lui existențială de zi cu zi, „orice bun” este posibil pentru el și „orice rău” va fi gestionat cu prejudicii minime. O relație părinte-copil construită pe acest fundament, este greu de crezut că va fi altfel, decât armonioasă și funcțională.

Sunt convinsă că deja v-ați gândit la faptul că evoluția copilului presupune modificarea libertăților acestuia, renegocierea regulilor, dezvoltarea punctelor de comunicare atât din perspectiva dimensiunii, cât și din perspectiva complexității, totul evoluând într-o conexiune firească cu dezvoltarea bio-psiho-socială a copilului.

La vârsta adolescenței, este important să fim atenți la cum remodelăm granițele relației părinte-copil. Este evident că până acum, părintele a dimensionat granițele acestei relații aproape în exclusivitate, dar mai ales, că el este cel responsabil de calitatea a ceea ce se află în interiorul acestor granițe. De la adolescență însă, lucrurile se modifică, adolescentul începând să „împingă” aceste granițe, dorindu-și să schimbe

“geografia” relațiilor cu părinții săi. Acest demers este uneori întâmpinat de către părinți, cu rezervă sau chiar cu opoziție față de schimbare. De cele mai multe ori, aceste atitudini ale adulților sunt determinate de temeri dintre cele mai diverse. Dacă părintele își identifică și clarifică aceste temeri, poate ulterior negocia cu fiul sau fiica, noile dimensiuni ale relației, dimensiuni care de cele mai multe ori reprezintă creștere și evoluție pentru ambii.

*Cristina Fülöp*  
Psiholog psihoterapeut  
Cabinet Individual de Psihologie  
0722 509 713/0748 752 538



# Reguli de bază pentru evitarea toxinfecțiilor alimentare

Mâinile murdare, apa contaminată și alimentele spălate insuficient sau stocate incorect cauzează anual zeci de mii de îmbolnăviri, iar perioada verii este una „fierbinte” atunci când vine vorba despre toxinfecții alimentare.



În funcție de bacteriile implicate (*Salmonella*, *Campylobacter*, *Shigella*, *Yersinia*, etc.) simptomele bolilor transmise prin apă și alimente contaminate pot oscila de la o simplă durere de stomac până la afectări grave, ce ne pun viața în pericol, și pot apărea la câteva ore sau câteva zile de la momentul infectării. Cei mai expuși riscurilor sunt cei mici, precum și persoanele cu un sistem imunitar deficitar. De aceea este extrem de important să respectăm regulile de igienă atunci când preparăm mâncarea și să fim vigilenți, în special atunci când suntem în vacanță într-un loc

străin unde nu avem informații sigure despre starea alimentelor.

Sfaturi pentru prepararea și stocarea sigură a principalelor tipuri de alimente.

## Spălarea alimentelor:

- Spală legumele înainte de a le curăța pentru ca bacteriile să nu se transfere pe cuțit și pe tăblia de lucru
- Spală-te pe mâini timp de 20 secunde înainte și după ce procesezi alimentele
- Aruncă stratul exterior de frunze în cazul unor legume precum varza, ceapa verde sau salata
- Șterge produsele cu un prosop de hârtie pentru a elimina eventuala murdărie persistentă

## Depozitarea și prepararea:

- Păstrează carnea crudă separat față de celelalte alimente din frigider. De asemenea, peștele crud nu se păstrează în frigider mai mult de 24 ore
- Temperatura din frigider ar trebui să fie de maxim 4 grade, iar cea din congelator de -16

- Evită să lași alimentele la temperatura camerei, în special pe cele care conțin ou crud
- Folosește un termometru pentru alimente și asigură-te că acestea sunt găsite suficient și în interior
- Curăță atent recipientele și ustensilele cu care ai preparat carnea crudă. Dacă nu vrei să îl schimbi, buretele de vase poate fi igienizat dacă este ținut circa 1 minut în cuptorul cu microunde
- Fierbe laptele, dacă acesta nu este pasteurizat și apa, dacă nu ești 100% sigur de calitatea acesteia

**De asemenea, nu uita să cumperi alimente doar din unități autorizate, unde sunt depozitate în condiții optime de igienă. În cazul în care călătorești în zone unde aceste sfaturi sunt mai greu de respectat, este recomandat să ai cu tine provizia de alimente și apă până reușești să identifiți surse sigure. Acest lucru este cu atât mai important dacă alături de tine călătorește și un copil.**

**Florina Zaro,**  
asistent de farmacie  
[www.farmacia3.ro](http://www.farmacia3.ro)

# Operația de cataractă

Cataracta, ca definiție, reprezintă opacifierea, „mătuirea”, pierderea transparenței cristalinului, cu impact major asupra vederii atât cantitativ cât și calitativ, cauza principală fiind vârsta.

**C**ristalinul este lentila ochiului, cu putere de aproximativ 21 de dioptrii, responsabil pentru focalizarea și amplificarea imaginii către retină, unde la rândul ei este prelucrată.

## Ați fost diagnosticat cu cataractă de către medicul dvs. oftalmolog?

Nu vă îngrijorați și nu vă temeți. Rezolvarea problemei într-adevăr se obține chirurgical, dar riscurile sunt minore, operația de cataractă fiind considerată una dintre cele mai sigure și cel mai des efectuată în lume.

Un pas foarte important pentru reușita operației este pregătirea preoperatorie a pacientului. Se efectuează un consult oftalmologic complet, cu examen biomicroscopic, măsurarea acuității vizuale și a tensiunii intraoculare; se instilează picături midriatice pentru examinarea fundului de ochi; toate acestea pentru a verifica dacă există și alte probleme oftalmologice, cum ar fi glaucomul sau degenerența maculară, a căror prezență poate influența rezultatul final post-operator.

În plus, pacientul primește toate informațiile legate de inter-

venție, referitoare la eventualele riscuri sau complicații care pot apărea la conduita post-operatorie, restricții impuse, etc. atât scris cât și verbal. Poate să vizualizeze filme explicative despre operație, iar medicul oftalmolog poate răspunde la eventualele nelămuriri ale pacientului legate de operație.

La fel de importante pentru operație sunt efectuarea unor investigații paraclinice tot în cadrul consultului cum ar fi: ecografie, biometrie, examenul de câmp vizual, microscopie speculară, care ne dau toate coordonatele necesare intervenției, iar pacientul este sfătuit să vină la operație și cu un set complet de analize de sânge, EKG, și consult cardiologic, utile medicului anestezist.

Operația de cataractă durează aprox. 10 minute, se face în ambulatoriu, pacientul vine, se operează și pleacă acasă. Se recomandă un tratament preoperator, în scop profilactic, cu antibiotic atât sub formă de picături cât și pastile. Se efectuează anestezie locală (topică, adică cu picături sau cu injecție parabolbară). Procedura implică incizie de 2mm la nivelul corneei și folosirea ultrasunetelor care fragmentează și absorb cristalinul opac, care la rândul lui este înlocuit de o piesă din silicon, numit cristalin artifi-

cial, care imită aproape în totalitate, având proprietăți asemănătoare cristalinului nostru natural.

Variantele de cristalin artificial sunt multiple, deci și opțiunile pacientului sunt mai multe, în funcție de nevoile personale. În general cristalinele artificiale se împart în două mari categorii: lentile monofocale și multifocale.

Când vorbim cu pacientul de lentile monofocale, îi explicăm nevoia de a purta ochelari după operație la citit și în anumite cazuri și la distanță.

Discuția și recomandarea de cristaline artificiale multifocale se face în cazul pacienților care ne atenționează că nu își doresc să poarte ochelari după operație.

Post-operator, pentru o vindecare mai rapidă, pacientul are ochiul pansat 2 zile și primește un tratament cu picături pentru 2 săptămâni.

Sfătuiesc pacienții, în special cei în vârstă, care acuză înțepșarea treptată a vederii, să vină la un consult oftalmologic.

**Dr. Grigoris Triantafyllidis**  
Medic specialist Oftalmologie  
Clinica de Oftalmologie  
AMA OPTIMEX  
www.amaoptimex.ro



**AMA OPTIMEX**  
Clinică de oftalmologie

# Mușcăturile de insecte: prevenție și tratament

Mușcăturile de insecte pot transforma o plimbare idilică prin pădure sau partida perfectă de pescuit într-un adevărat coșmar, mai ales dacă aveți „norocul” de a contracta și una dintre bolile transmise de acestea. Pentru a scăpa de neplăceri este esențial să folosiți mijloacele de protecție potrivite și să tratați la timp și cu seriozitate eventualele mușcături.

**U**nele dintre cele mai sigure și mai ușor de folosit metode de protecție împotriva mușcăturilor sunt cele de tipul barierelor fizice. Vorbim aici despre haine lungi, care vă acoperă membrele, șosete care vin peste pantalon, pentru a proteja gleznelor, sau despre plase folosite la geamuri, în corturi sau deasupra patului.

A doua variantă o reprezintă bariera chimică, iar aici aveți de ales între produse ce au la bază ingrediente uzuale, însă cu potențial toxic, cum este dietiltoluamida (DEET) și produse ce folosesc substanțe naturale (levanțica, citronella, extras din *Eucalyptus citriodora*, etc.), care protejează în mod organic.

Indiferent de varianta preferată, este important ca substanța de protecție să fie aplicată corect, urmând regulile de mai jos:

- Folosește spray-ul înainte să te îmbraci pentru a proteja zone sensibile cum ar fi coapsele și nu uita să aplici protecție și pe

păr, o zonă des ignorată;

- Aplică spray și pe haine – majoritatea produselor nu pătează;
- Aplică spray-ul de la circa 30 cm pentru o acoperire



optimă și evită să folosești substanța în exces deoarece protecția nu va fi mai puternică, în schimb s-ar putea să întâmpini efecte secundare;

- Ai grijă să nu folosești spray-urile direct pe față deoarece poți irita ochii sau inhala substanțe nocive. Aplică substanța pe mâini, iar apoi întinde-o pe față. De asemenea evită să folosești spray-ul în interior pentru a evita inhalarea acestuia;

- După ce ai revenit acasă pune hainele la spălat și intră sub duș pentru a elimina reziduurile chimice.

În cazul în care ai avut totuși ghinionul de a fi mușcat, iar mușcătura nu este una periculoasă dar locul acesteia s-a inflammat și ai senzația de mâncărime, poți apela la o serie de măsuri care vor ajuta la calmarea zonei:

- Acoperă zona cu puțină pastă de dinți mentolată, care calmează mâncărimea și reduce inflamația. Același efect îl au frunzele de busuioc ce conțin camfor, o serie de uleiuri esențiale sau un amestec din părți egale de lapte și apă;

- Aplicarea unui cub de gheață pe mușcătură reduce fluxul de sânge din zonă, nivelul de histamină și în același timp calmează inflamația.

Dacă mușcătura este una periculoasă, cum ar fi cea de căpușă sau păianjen veninos, este recomandat să apelezi la ajutorul unui medic, care va trata zona afectată și vă va recomanda un posibil tratament medicamentos.

**Mariana Bronț**, asistent de farmacie • [www.farmacia3.ro](http://www.farmacia3.ro)

# Despre Nistagmus

Nistagmusul se caracterizează prin mișcări involuntare, oscilatoare, de du-te-vino ale globilor oculari, cel mai frecvent orizontale dar și verticale sau rotatorii. Este fiziologic când ochii încearcă să urmărească imagini în mișcare și patologic dacă însoțește anumite afecțiuni oculare sau generale.



**Dr. Raluca Camburu**  
Medic Rezident  
Oftalmolog  
Clinica  
Oftalmologică  
Oftapro

## De câte tipuri este Nistagmusul?

Nistagmusul Congenital se manifestă de la naștere sau apare în primele 3 luni de viață. Mișcările oculare necontrolate, bilaterale sunt izolate, aparent fără nici o cauză, pot fi ereditare sau asociate unor probleme neurologice. Poate fi secundar unor afecțiuni oculare congenitale precum: Strabism, Cataractă congenitală, Hipoplazia Nervului.

Nistagmusul Dobândit se declanșează pe parcursul vieții la orice vârstă, în urma unui traumatism sau asociat altor afecțiuni medicale precum: Cataractă, Strabism, Ambliopie, Amauroză Congenitală Leber, Vicii de refracție, Colobom retinian, Distrofii retiniene și de Nerv Optic, Accident Vascular Cerebral, Scleroză în plăci, Carență de vitamine (B1), Tumori cerebrale (rar) sau vestibulare, Intoxicații cu anumite medicamente sau substanțe chimice: Alcool, Litiu, Barbiturice, LSD, Fenitoină, Clonazepam.

## Este Nistagmusul o boală ereditară?

Poate exista o istorie familială de nistagmus, cu grade diferite de afec-

țione, care poate sări peste generații dar nistagmusul poate apărea și ca fenomen izolat. Sunt teste genetice care clarifică această problemă.

## Cum vede un copil cu Nistagmus?

Cu cât ochii se mișcă mai puțin, cu atât vederea este mai bună. Nistagmusul se reduce prin convergență, adică mișcările necontrolate sunt minime când privește la distanțe mai mici. În anumite momente de stres, anxietate, oboseală, vederea poate fi mai slabă. Este mai greu de urmărit obiecte sau activități ce implică multă mișcare. Apar uneori tulburări de percepție spațială, care pot duce la probleme de coordonare.

## Poate citi un copil cu Nistagmus? Există cărți, jucării, exerciții care-l pot ajuta?

Pentru un copil cu nistagmus congenital fără alte probleme asociate, obiectele văzute nu se mișcă, se poate juca, poate citi, se poate uita la televizor și este indicat să meargă la o școală normală. Dacă există și alte afecțiuni ce însoțesc nistagmusul, ochii focalizează mai greu imaginile, sunt preferate cărți cu un scris mai mare, cu un contrast mai bun, o cameră bine iluminată, jucării mari, viu colorate, sunt utile televizoarele cu ecran mare, dacă merge la film sau la teatru este indicat să se așeze pe locurile din față.

## De ce persoanele cu nistagmus au o poziție înclinată a capului (Torticolis)?

Mișcările nistagmusului pot varia ca intensitate în funcție de direcția privirii. Zona neutră (null point) reprezintă direcția privirii în care nistagmusul se atenuează, și acuitatea vizuală este cea mai bună. Când zona neutră nu este situată înaintea, pacientul adoptă o poziție a capului înclinată.

## Metode de tratament

Nistagmusul dobândit dispare odată cu tratarea afecțiunii ce l-a provocat. Se pot introduce lentile prismatice având ca scop îmbunătățirea torticolisului. Injecțiile cu toxină Botulinică sunt indicate în anumite forme de nistagmus. Tratamentul chirurgical vizează musculatura oculară și are ca scop aducerea capului în poziție normală și reducerea amplitudinii mișcărilor involuntare. Acuitatea vizuală se îmbunătățește, dar nistagmusul nu poate fi corectat în totalitate.



Telefon: 021 252 52 01  
021 252 52 17 / 031 8057824  
e-mail: office@oftapro.ro

**Oftalmopediatrie, Chirurgia Strabismului, Oculoplastică, Orbitară Și De Căi Lacrimale, Recuperare Vizuală, Contactologie, Oftalmologie Generală**



# Mezo-Zeaxantina: Combaterea Degenerescentei Maculare și Creșterea Performanței Vizuale

Ochii sunt comoara vieții, iar Mama Natură are grijă ca noi să avem propriile noastre mecanisme de protecție.

**A**colo unde se formează imaginea centrală, la suprafața straturilor retiniene, se află pigmentul macular. Acesta este format din luteină, zeaxantină și, mai important, mezo-zeaxantină. El are rolul de a proteja retina prin filtrarea luminii albastre dăunătoare (solară sau emisă de dispozitive electronice) și prin neutralizarea radicalilor liberi produși de stresul oxidativ (ex:fumatul).

Atunci când pigmentul macular scade, vederea începe să sufere. Contrastul vizual scade, imaginea devine încețoșată, lumina puternică ne deranjează (soare, faruri de mașini) și protecția retinei este constant redusă. Un pigment macular scăzut reprezintă cel mai important factor de risc pentru dezvoltarea degenerescentei maculare.

Degenerescenta Maculară Legată de Vârstă (DMLV) este o patologie oftalmologică însoțită de efecte devastatoare asupra ve-

derii și fără un tratament curativ. Persoanele cu această afecțiune pierd treptat vederea centrală, până la punctul de orbire. Dese ori, medicii recomandă administrarea cu luteină și zeaxantină, acestea putând avea un efect benefic pentru pacienții cu DMLV, însă insuficient.

În ultimii 10 ani, cercetătorii britanici au făcut numeroase studii asupra efectelor benefice aduse de aportul în dietă al mezo-zeaxantinei. Aceștia au descoperit că mezo-zeaxantina este cel mai potent antioxidant macular. Împreună, cei trei carotenoizi au o capacitate de antioxidare de 2.4 și 1.9 ori mai mare decât luteina, respectiv zeaxantina. Mai mult, mezo-zeaxantina ajută la absorbția în organism a celorlalți doi antioxidanți, iar beneficiile sunt simțite considerabil mai rapid.

În 2014 a fost publicat un studiu în Regatul Unit al Marii Britanii, condus de peste zece cercetători renumiți: "Administrarea cu cei trei carotenoizi maculari la pacienți cu DMLV în fază incipientă". Studiului arată că formula ce conține mezo-zeaxantină 10mg, luteină 10mg și zeaxantină 2mg a obținut rezultate semnificativ statistic ale îmbogățirii pigmentului macular și a creșterii sensibilității la contrast. Aceași formulă oferă cea mai bună protecție cu efect antioxidant. Important de menționat,

stadiul degenerescentei maculare nu a avansat din punct de vedere morfologic după primele 12 luni.

Medicina vestică înseamnă mai mult decât tratarea afecțiunilor, înseamnă prevenirea lor! Din acest motiv, un număr mare de persoane folosește suplimente ce conțin toți cei trei carotenoizi maculari.

Având mezo-zeaxantina în prim plan, oamenii de știință au observat că administrarea acesteia conduce la o creștere considerabilă a performanței vizuale. Beneficiile constau în îmbunătățirea contrastului vizual și adaptarea cu ușurință la lumini puternice (farurile mașinilor sau strălucirea soarelui). Pe parcurs, încețoșarea s-a redus și imaginile au devenit mai clare.

Crăițele din care se extrage mezo-zeaxantina sunt cultivate special în Mexic. Daily Mail, UK, denumeste formula cu mezo-zeaxantină 10mg, luteină 10mg și zeaxantină 2mg "Miracolul din Crăițe", pentru că în multe cazuri efectele par miraculoase.

Această formulă a dovedit în ultimul deceniu că are un aport excelent pentru persoanele cu DMLV, dar și pentru cele cu anumite deficiențe vizuale (vedere încețoșată sau cu un contrast scăzut și orbiri/sensibilități la lumini puternice).

**Dr. Smaranda Ionescu**  
Medic Medicină Generală



# Depistarea precoce a osteoporozei

Scheletul se construiește și se reînnoiește permanent pe parcursul vieții, depozitând calciu și alte minerale. Atunci când organismul are nevoie de mai mult calciu în sânge decât poate obține în momentul respectiv din alimente, va mobiliza calciul din oase. În mod normal, în prima parte a vieții predomină depozitarea, iar apoi procesul se inversează.

**D**emineralizarea se accentuează la femei odată cu menopauza, iar la bărbați după vârsta de 65 de ani. Oasele devin fragile și cedează ușor atunci când sunt supuse unor solicitări minore. Vertebrele, șoldurile și antebrațele sunt cele mai frecvente sedii ale fracturilor de fragilitate. Această deteriorare a calității osului se numește osteoporoză. Ea se instalează treptat, silențios, fără a fi resimțită până când scheletul ajunge atât de fragil încât vertebrele se tasează fără a fi supuse vreunui șoc, spatel se curbează, apar dureri persistente, iar la o simplă cădere de la propria înălțime oasele se fracturează.

Principalii factorii de risc pentru osteoporoză sunt: sexul feminin, rasa albă, statura mică și greutatea corporală redusă, istoricul familial de fracturi de fragilitate, înaintarea în vârstă, nivelul hormonilor estrogeni în cazul femeilor (dacă menopauza s-a

instalat înainte de 45 de ani, gradul de risc crește), existența altor boli ce afectează direct sau indirect osul (afecțiuni tiroidiene și paratiroidiene, boli intestinale ce împiedică absorbția calciului, poliartrita reumatoidă), unele tratamente care nu pot fi întrerupte (corticosteroizii – utilizați în astm, boli inflamatorii reumatismale sau ale colonului și alte afecțiuni, unele diuretice, antiacide cu aluminiu, medicamente antiepileptice, tratamentul cancerului de prostată). Alți factori țin de modul nostru de viață: fumatul, consumul excesiv de cafea și alcool, sedentarismul, expunerea redusă la soare (utilizarea cremelor de protecție solară, necesară pentru evitarea unor afecțiuni ale pielii, ne reduce dramatic capacitatea de a sintetiza vitamina D).

Ce putem face pentru a depista pierderea de masă osoasă și a lua atitudine înainte de apariția fracturilor? Primul pas este consultul efectuat de un

medic specialist endocrinolog sau reumatolog, care va indica momentul oportun pentru măsurarea densității minerale osoase cu ajutorul unui aparat numit osteodensitometru. Cu aparatele de ultimă generație rezultatele măsurate sunt precise, iar expunerea la razele X este foarte redusă ca doză, suprafață și durată, fiind practic comparabilă cu aceea acumulată de organism într-o zi obișnuită de vară la plajă. Efectuarea investigației DXA este nedureroasă, nu necesită o pregătire specială în prealabil și nici administrarea vreunei substanțe. Rezultatele se eliberează de medicul examinator pe loc, după câteva minute necesare interpretării acestora, iar pacientul poate părăsi de îndată clinica, nefiind necesară o perioadă de recuperare după examinare. Următorii pași de făcut vor fi stabiliți împreună cu medicul care a recomandat investigația, în funcție de rezultatele acesteia. Menținerea sănătății sistemului osos este un drum lung cât o viață – să facem așadar primul pas!

**Dr. Delia Simion** - medic specialist reumatologie cu competența pe DEXA-OSTEODENSITOMETRIE.

# Nevralgia facială trigeminală

Durerea constituie un răspuns complex al organismului față de anumiți stimuli care se exercită asupra receptorilor periferici, asupra căilor de transmisie și a sistemului nervos central.

În teritoriul buco-maxilo-facial, se întâlnesc frecvent fenomene dureroase încadrate în sindromul de nevralgie trigeminală.

## Nevralgia esențială

- durerea nu are un substrat organic decelabil
- durerea este intermitentă, în crize, cu durată scurtă, cu început și sfârșit brusc
- întreruperea terapeutică a căilor de transmisie înlătură durerea

## Nevralgia secundară

- are la baza o cauză evidențiabilă
- durerea este persistentă, surdă, de durată, existând un fond dureros cu exacerbări sub formă de crize
- înlăturarea cauzei aduce înlăturarea durerii

Nevralgia trigeminală esențială (ticul dureros al feței, nevralgie facială, prosopalgie)

Nevralgia trigeminală esențială se întâlnește de obicei la adulți în special la

femei. Simptomul dominant al nevralgiei trigeminale esențială este durerea cu caracterele ei particulare - criza dureroasă intensă, asemănătoare descărcării unui curent electric, însoțită de o senzație de sfișiere, de smulgere a tesuturilor regiunii interesate, cu început și sfârșit brusc. Durerea survine spontan sau poate fi provocată de stimuli minimi ca masticăția, fonația, respirația, deglutiția, spălătul feței, curent de aer rece. În timpul crizei dureroase bolnavul rămâne nemișcat, fără să vorbească, cu fața imobilă, câteodată își oprește respirația pe tot timpul cât ține atacul dureros.

Criza dureroasă interesează strict teritoriul trigeminalului (regiunea supraorbitară, suborbitară, mandibulară) este de regulă unilaterală. De cele mai multe ori există o zonă mică pe mucoasa bucală sau pe tegumentele feței, a cărei atingere declanșează criza: "zona trigger".

Între crize, de obicei, nu există nici o tulburare de sensibilitate în teritoriul

interesat. Crizele sunt predominant diurne, mai rar au caracter nocturn.

Pe lângă durerea caracteristică, mai pot apărea, în grade variabile, o serie de fenomene motorii și vegetative ca : spasme (ticuri dureroase), congestia feței, lăcrimare, rinoree, transpirația feței.

Examele clinic, de laborator și radiologic sunt neconcludente.

Evoluția nevralgiei trigeminale esențială : pe ani de zile cu ameliorări temporare spontane sau induse medicamentos. Fără tratament, crizele sunt din ce în ce mai dese, aducând bolnavii în stări grave neurodepressive și alterări ale stării generale.

Diagnosticul diferențial se face cu alte sindromuri neurologice :

- nevralgia nervului facial - afecțiune foarte rară care apare la tineri; se manifestă prin dureri bruște accentuate, în ureche
- nevralgia glosofaringiană - crize dureroase în regiunea amigdaliană, faringiană, limba, cu iradieri în conductul auditiv extern, mandibula, gât; durerile pot fi declanșate de deglu-



țiție, căscat, vorbire, rotația capului

- nevralgia sfenopalatină - durerile apar la rădăcina nasului și iradiază în orbită

## Nevralgia trigeminală simptomatică

Există o serie de afecțiuni în care durerea, deși de intensitate mare este însoțită de alte semne caracteristice bolii respective :

- în pulpilele acute - durerea este violentă, continuă, fără localizare precisă, cu iradiere în toată fața sau în craniu; este accentuată de caldura
- în pulpilele cornice - apar dureri periodice, în crize, sau există un fond dureros permanent, cu exacerbări
- în parodontitele acute - dureri puternice, localizate la dinții respectiv, calmate de rece
- în parodontitele cornice - durerea este surdă, fără localizare precisă
- tratamentele incorecte de canal
- incluzia dentară necomplicată (în special a molarilor de mînt) provoacă câteodată dureri însoțite de fenomene motorii (spasme faciale, lacrimare, congestie)
- resturi radiculare incluse profund intraos, pot determina, după o perioadă dureri
- erupția dentară

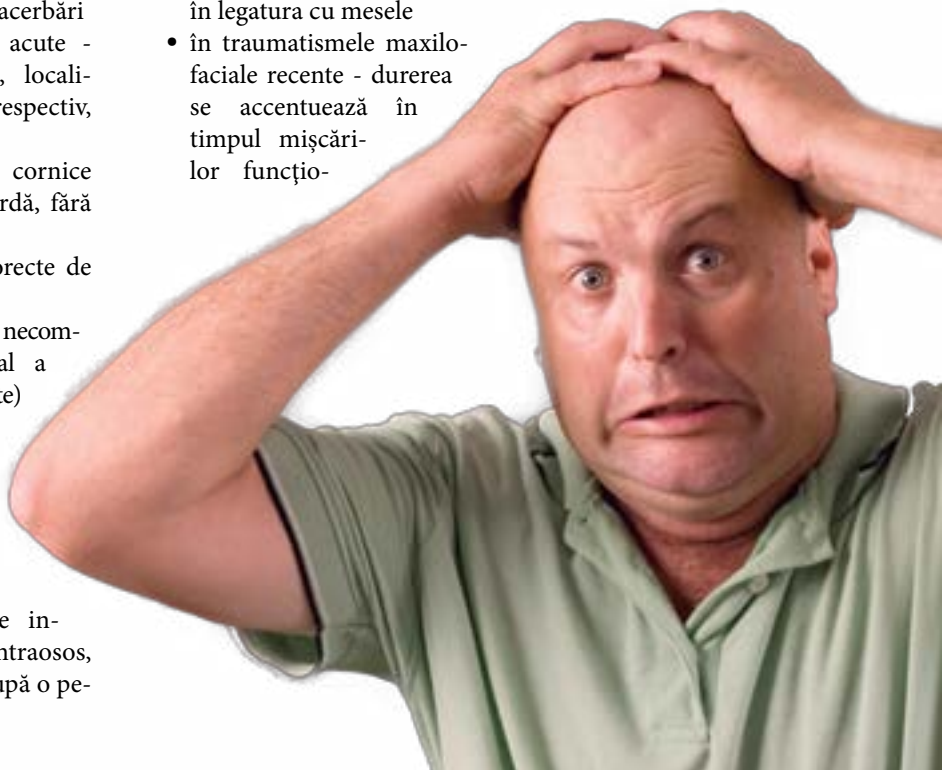
- alveolite postextractionale - durerea are caracter persistent; apare la 3 - 4 zile de la extracție
- rinosinuzitele maxilare, osteite ale osului maxilar, tumori benigne și maligne în sfera O.R.L.
- tumori cerebrale - pot debuta prin dureri la nivelul feței
- afecțiuni inflamatorii virale (zona-zoster), bacteriene, tumorale ale nervului trigemen pot da nevralgii faciale continue
- procesele septice ale regiunilor superficiale sau profunde ale feței - durere pulsatilă cu senzația de tensiune, stare generală a bolnavului : influențată
- litiaza salivară - determină dureri sub forma de colica - dureri violente, care apar în legătura cu mesele
- în traumatismele maxilofaciale recente - durerea se accentuează în timpul mișcărilor funcționale;

nale; se însoțește de tulburări de sensibilitate în teritoriul nervului lezată; în traumatismele vechi pot apărea dureri cauzate de prinderea nervului în calus

- în patologia articulației temporo-mandibulare - durerea este însoțită de afectarea mișcărilor în această articulație

În aceste nevralgii simptomatice, investigațiile clinice atente, însoțite de examenele de laborator, radiologice, reușesc de cele mai multe ori să depisteze cauza, prin înlăturarea căreia se poate obține vindecarea.

**Dr. Larisa Boaca**  
Medic specialist O.R.L.



## Analgezic non-invaziv, administrat prin inhalare

Amestecul 50% protoxid de azot și 50% oxigen, este un analgezic non-invaziv, administrat prin inhalare, gata pregătit pentru utilizarea imediată (sub forma de gaz imbuteliat). Concentrația echilibrată de protoxid de azot / oxigen asigură o bună oxigenare și reduce la minim riscul de sedare exagerată. Acesta este administrat prin intermediul unei măști faciale pentru inhalare sau cu ajutorul unei piese de gură pentru administrare pe cale orală, pacientul controlând cantitatea de gaz administrată cu ajutorul unei supape de administrare la cerere sau, după caz, cu ajutorul unei supape cu debit continuu.

## Eliberează de starea de disconfort

Reducerea și eliminarea durerii și anxietății sunt extrem de importante, atât pentru pacienți, cât și pentru cadrele medicale. Atunci când este inhalat, acest amestec de gaz are un efect analgezic și sedativ, fără pierderea cunoștinței. Mai mult decât atât, acesta are și proprietăți de reducere a anxietății. Starea de confort se instalează aproape imediat.

# Analgezia inhalatorie cu gaz

## Ațiuni cu efecte imediate/încetare rapidă a efectelor

Datorită acțiunii cu efecte imediate și încetării rapide a efectelor, acest amestec de gaz reprezintă o alternativă adecvată în cazul în care este necesară o ameliorare a durerii rapide și controlată. Acesta a fost folosit cu succes în situații precum traumatisme acute, re poziționări de fracturi, manipulare a articulațiilor, proceduri de diagnosticare dureroase, punctii venoase, îngrijirea rănilor, drenajul absceselor și nașteri.

Protoxidul de azot are efecte analgezice clasice care depind de doză, ridicând pragul de suportabilitate a durerii și reducând nivelul durerii resimțite. Odată ce amestecul de protoxid de azot/oxigen este administrat, acesta începe să acționeze în câteva minute. Efectele cognitive și/sau

psihometrice reziduale dispar rapid după întreruperea administrării și sunt neglijabile în interval de 5-10 minute de la expunere.

## Efecte secundare necumulative, neglijabile

Amestecul de protoxid de azot / oxigen este asociat doar unor efecte adverse minore asupra inimii, circulației și respirației. Chiar dacă pacientul suferă de o afecțiune cardiacă, boli arteriale coronariene sau dacă are probleme respiratorii, efectele protoxidului de azot asupra circulației sau respirației sunt, în cele mai multe cazuri, reduse și lipsite de relevanță clinică.

În afară de efecte secundare minore, cum ar fi somnolența și greața, nu s-au înregistrat efecte adverse grave în studiile care au analizat utilizarea amestecurilor de protoxid de azot / oxigen, atât

la adulți, cât și la copii.

Acest amestec de gaz și-a dovedit utilitatea în multiple aplicații clinice.

## Durerea resimțită în cadrul procedurilor pediatrice

În timpul unei proceduri dureroase, copiii pot resimți o traumă legată de durere, care poate agrava situația în cazul procedurilor ulterioare. Acest aspect este în special valabil pentru copiii care suferă de boli cronice, sau în cazul copiilor mici, care nu pot comunica intensitatea durerii resimțite.

Efectele analgezice și anxiolitice contribuie la acceptarea unui număr mai mare de proceduri viitoare. Recuperarea după efectuarea procedurii este mai ușoară, eliminând aproape în totalitate necesitatea unei monitorizări intense, cu rezultate extrem de satisfăcătoare pentru copii, dar și pentru părinți și pentru personalul medical.

## Obstetrică

Auto-administrarea amestecului de protoxid de azot / oxigen este simplă, sigură și cu efecte mai puțin pronunțate asupra resurselor, spre deosebire de alte tehnici analgezice utilizate în timpul travaliului, cum ar fi, de exemplu, analgezia epidurală, prezentând siguranță atât pentru mamă,

cât și pentru nou-născut. Protoxidul de azot nu afectează durata travaliului și nu are un efect de relaxare a uterului.

## Medicină de urgență

Utilizarea protoxidului de azot într-un cadru prespitalicesc, în vederea auto-administrării de către pacienți în cazul durerilor severe, este bine tolerată și eficientă pentru reducerea durerii și a anxietății.



## Biopsii și proceduri de diagnosticare dureroase

Mai multe studii au demonstrat eficacitatea amestecului de protoxid de azot / oxigen, comparativ cu placebo sau cu metode alternative de tratament, în cazul procedurilor chirurgicale minore la adulți.

Protoxidul de azot a fost

folosit ca tratament al durerii pentru biopsii hepatice percutanate, biopsii transrectale ale prostatei cu ghidaj cu ultrasunete, în timpul colonoscopiei sau pentru bronhoscopiile cu fibră optică la adulți și la copii. Efectele secundare, precum disconfortul și greața, au fost mai puțin semnificative.

## Manipulare sigură

Amestecul de gaz 50% protoxid de azot / 50% oxigen poate fi administrat sub supravegherea personalului paramedical, al asistentelor medicale și moașelor cu pregătire specială în acest domeniu.

Acest amestec de gaz este distribuit în butelii ușoare, valva integrată garantează siguranța pacienților și a utilizatorului, ușurința operațiunilor de umplere sub presiune, fără risc de scurgeri.

Cu ajutorul regulatorului, presiunea de eliberare va fi constantă, iar debitul poate fi stabilit în funcție de tratamentul necesar.

Datorită acțiunii cu efecte imediate și încetării rapide a efectelor, acest amestec de gaz reduce la minimum durata monitorizării post-procedurale, un avantaj evident în situațiile în care se impune o recuperare rapidă și deplasarea imediată a pacientului.

Sursa: LINDE Group

# Rolul videocapsulei endoscopice în hemoragia digestivă obscură (fragment)

Metodă revoluționară, videocapsula endoscopică (VCE) a provocat entuziasm universal odată cu lansarea sa mondială în 2000, promițând performanțe neatinse până atunci în ceea ce privește explorarea intestinului subțire. Odată înghițită, videocapsula parcurge tubul digestiv și preia, timp de opt ore cât funcționează bateria proprie, 2 imagini pe fiecare secundă. Totalul de aproximativ 55.000 de imagini vor fi transmise și preluate de 8 senzori atașați pe pielea pacientului, care transmit imaginile către o casetă purtată la centură, ulterior conectată la computer, unde cu ajutorul unui software special, filmul va fi descărcat și apoi analizat.

**P**e parcursul celor treisprezece ani de la implementarea videocapsulei de intestin subțire în practica clinică, au fost comunicate tot mai multe rezultate privind performanțele diagnostice ale acestei metode, au fost lansate variante îmbunătățite tehnic și informatic, au fost organizate numeroase întruniri internaționale în cadrul cărora s-au dezbătut aspectele clinice și s-au stabilit consensuri de utilizare.

Hemoragia digestivă de cauză obscură constituie principala indicație pentru care videocapsula a fost autorizată de „Food and Drug Administration” în Statele Unite ale Americii în anul 2001 și, totodată, cea mai frecventă indicație de efec-

tuare a acestei investigații.

În majoritatea cazurilor, sursa unei hemoragii digestive este identificată endoscopic (endoscopie digestivă superioară sau colonoscopie) sau radiologic. Hemoragia digestivă obscură se definește ca hemoragie digestivă persistentă și recurentă, fără etiologie precizată după o evaluare inițială, constând în endoscopie digestivă superioară și colonoscopie, precum și investigații radiologice dedicate intestinului subțire (tranzit baritat). Chiar după investigații multiple, în 3%-5% din cazuri nu se identifică sursa sângerării. Acești pacienți prezintă riscul complicațiilor legate de anemie (cardio-vasculare, neurologice) sau de investigațiile multiple (infecții,

afectare renală datorită substanțelor de contrast, perforații de organ). Costurile per ansamblu sunt semnificative, iar calitatea vieții pacienților este afectată.

La pacienții sub 40 de ani, cele mai frecvente cauze de hemoragie digestivă obscură de la nivelul intestinului subțire sunt tumorile. La pacienții peste 40 de ani, cea mai frecventă cauză o constituie angiectaziile (dilatarea vaselor de sânge cu calibru mic - capilare, venule, arteriole - sau al celor limfatice), prezente în 30% până la 60% din cazuri.

Majoritatea sau chiar totalitatea leziunilor cu potențial hemoragic de la nivelul intestinului subțire pot fi vizualizate cu ajutorul VCE. Înaintea introducerii VCE de intestin subțire, investigarea pacienților cu hemoragie digestivă obscură consta în scintigrafie sau angiografie în cazurile de hemoragie activă, sau repetarea endoscopiei, enteroscopiei, metode radiologice pentru hemoragia inactivă. În cazul hemoragiei persistente, se efectua enteroscopia intraoperatorie.

Randamentul diagnostic al VCE în hemoragia digestivă obscură (procentul de investigații diagnostice din totalul investigațiilor efectuate) este extrem de variabil, rezultatele publicate depinzând de durata experienței cu VCE și de numărul de pacienți studiați.

Majoritatea studiilor publicate la începutul utilizării videocapsulei, ca metodă nouă de investigație, raportează un randament dia-

gnostic de 63% pentru VCE și de 28% pentru push-enteroscopia; un studiu raportează 31% randament diagnostic al VCE comparativ cu 5% pentru tranzitul baritat; alte studii arată randament superior al VCE față de tranzitul baritat și CT enteroclysis (5,6); o meta-analiză a 17 studii susține o „rate difference” pentru hemoragia digestivă obscură între VCE și o metodă alternativă de explorare a intestinului subțire (push-enteroscopia sau tranzit baritat)

ția anemiei, scăderea necesarului de transfuzii, diminuarea costurilor prin necesarul de spitalizări și tehnici diagnostice suplimentare, calitatea vieții pacienților.

Odată cu noile versiuni de VCE, progresele tehnice se concretizează în imagini cu mai mare rezoluție, îmbunătățirea câmpului vizual, dorită în special pentru zonele cu vizualizare redusă (duoden proximal, regiune periampulară), adaptarea frecvenței de preluare a imaginilor. Recent se studiază tehnica ghidării magnetice a CE, pentru mai buna vizualizare a anumitor segmente, posibilitatea de insuflare a lumenului, prelevarea de biopsii sau cu demarcarea leziunilor.

Din punct de vedere terapeutic, sperăm în viitor elaborarea unor capsule terapeutice, cu eliberare de medicament (utilă în special în bolile inflamatorii) sau cu efectuare de gesturi terapeutice – coagulare, aplicare de clipuri.

Cu avantajele actuale și cu împlinirea năzuințelor menționate, VCE s-ar putea apropia de titlul de metodă ideală pentru patologia intestinului subțire.

**Ana-Maria Sîngeap,  
Anca Trifan, Carol Stanciu**  
Institutul de Gastroenterologie  
și Hepatologie,  
Spitalul Clinic Județean de  
Urgențe „Sf. Spiridon”  
Universitatea de Medicină și  
Farmacie „Gr. T. Popa” Iași

gnostic relativ înalt, între 75% - 80%, deși larg variabil între diferitele serii (38% - 93%). Studii ulterioare efectuate pe categorii mai largi de pacienți, cu criterii mai laxe de includere, au arătat un randament diagnostic comparativ mai scăzut, de aproximativ 50%- 60%.

Multe studii au arătat randamentul superior al VCE în hemoragia digestivă obscură față de metodele alternative convenționale de investigație: o meta-analiză raportează randament

de 37%.

Randamentul superior al VCE față de alte metode de investigare a intestinului subțire în hemoragia digestivă obscură a fost dovedit. Rămâne însă în continuare de stabilit impactul rezultatului VCE asupra evoluției pacienților investigați. Obiectivele de urmărit sunt, pentru pacienții investigați pentru hemoragie digestivă obscură, oprirea sângerei sau rezolu-



# Endometrioza pelvină

## Etiopatogenie

- **Generalități** – Endometrioza reprezintă o afecțiune ginecologică extrem de frecvență, mai ales la femeile tinere (< 40 de ani), subdiagnosticată, din păcate, la noi în țară;
- **Cauze** – Etiologia endometriozei pelvine nu este încă pe deplin elucidată, fiind dezbătute mai multe teorii; cea mai plauzibilă o reprezintă transformarea metaplastică a epiteliului celomic, diseminarea sangvină și limfatică, precum și ‘menstruația retrogradă’ – eliberarea celulelor endometriale (mucoasa ce tapetează cavitatea uterină) în interiorul cavității abdominale, cu implantarea acestora în diferite locații ale acesteia
- **factori de risc** – factori genetici – istoricul familial
- menarha (apariția ciclului menstrual) la vârste mici
- factori de mediu, alimentari

## Simptomatologie

Cele mai frecvente semne și simptome sunt reprezentate de durerea în timpul menstruației (dismenoree), durerea în timpul actului sexual (dispareunie), sângerarea vaginală anormală (sângerare mai abundentă sau sângerări între menstruații); în timp, pe măsură ce ‘boala’ avansează și se cronicizează, durerile pot deveni continue, pot apărea modificări micționale, modificări ale tranzitului intestinal.

La examenul clinic de obicei nu se evidențiază modificări; poate apărea durere la palparea uterului și a anexelor; se pot evidenția, de asemenea, apariția unor formațiuni tumorale anexiale (chisturi ovariene).



## Investigații imagistice și de laborator

Investigațiile de laborator sunt nespecifice; markerii inflamatori pot fi crescuți

- CA-125 – poate fi crescut în această patologie, însă nu este specific, și nici nu are o sensibilitate crescută;
- Scor ROMA – se face de obicei pentru orice tumoră ovariană suspectă, mai ales pentru a exclude o patologie malignă (cancerul ovarian) – este mult mai sensibil decât markerul CA-125

Examenul ecografic este extrem de important în diagnosticarea bolii și poate evidenția prezența chisturilor endometrioze (prezintă unele caracteristici ecografice oarecum specifice); examenul ecografic poate, de multe ori, mai ales în stadii incipiente ale bolii, să nu evidențieze nici o modificare.

Laparoscopia exploratorie este investigația de elecție – ea pune diagnosticul de endometrioză și face și stadializarea bolii; dă informații în legătură cu prognosticul bolii și este importantă la pacientele ce își doresc obținerea unei sarcini

## Diagnostic

suspiciunea de diagnostic se face mai ales pe baza anamnezei și a examenului clinic, însă diagnosticul de certitudine se face intraoperator – laparoscopia exploratorie

## Conduita terapeutică

Aceasta depinde de simptomatologie, de ceea ce relevă examenul clinic.

După cum spuneam mai sus endometrioza reprezintă un factor important de infertilitate și multe paciente care își doresc sarcina sunt diagnosticate cu endometrioza pelvină.

Tratamentul medicamentos poate fi doar simptomatic (combaterea durerii) sau etiopatogenic (tratamentele hormonale – analogi-Gn-Rh, progesteron sub diverse forme, tratamentul cu anticoncepționale orale, etc).

Abordarea chirurgicală a acestei patologii este, după cum aminteam anterior, importantă

atât în diagnosticul bolii, stadializarea ei, cât și în tratamentul endometriozei. Calea de elecție de abord este cea mini-invazivă (abordul laparoscopic), și tipul de intervenție poate varia de la o simplă explorare, până la intervenții extrem de complexe care să necesite echipe interdisciplinare (ginecolog, chirurg, urolog)

## Evoluție. Complicații

Evoluția bolii fără tratament este, de obicei, către agravarea simptomatologiei – durere (durere la menstruație, durere la contactul sexual până la apariția durerii continue în sfera pelvină), tulburări de tranzit intestinal, tulburări ale tractului urinar.

Tratamentul chirurgical și tratamentul medicamentos adjuvant vindecă boala, însă de multe ori doar temporar, endometrioza fiind o patologie recidivantă, mai ales atunci când este descoperită în stadii avansate. De multe ori scopul este de a ajuta la obținerea sarcinii, și peste 60% din pacientele cu endometrioză concep în primele 6 luni postoperator.

## Recomandări medicale

Ca și recomandări sfatul este ca pacientele să se adreseze unui specialist atunci când există dureri menstruale ce necesită tratamente antiinflamatoare (dureri rebele la tratamentul antiinflamator), dureri în sfera genitală în timpul contactului sexual.

Din păcate, la noi în țară populația nu este foarte bine informată în legătură cu această patologie frecvent întâlnită mai ales la femeile tinere, în perioada fertilă. Astfel că multe paciente sunt diagnosticate fie într-un stadiu mai avansat al bolii atunci când tratamentul chirurgical este destul de complex, fie atunci când un cuplu se investighează pentru infertilitate.

Sfatul medical este să accepte o investigație, chiar dacă ea este invazivă (intervenție chirurgicală – laparoscopia exploratorie) având în vedere complicațiile ce pot apărea dacă boala nu este descoperită și tratată la timp.

*Dr. Gabriel MITROI  
medic primar obstetrică și ginecologie*

# Infecțiile respiratorii

Infecțiile respiratorii sunt considerate a fi cele mai frecvente boli. Cele cu evoluție cronică nu se vindecă și trebuie abordate medicamentos toată viața.

**B**olile respiratorii de etiologie infecțioasă se pot manifesta acut sau cronic.

Datorită faptului că fac parte dintr-un sistem deschis, plămânii și căile aeriene sunt expuse puternic influențelor exterioare: praf, fum de țigară, gaze de eșapament, bacterii, viruși, ciuperci. Sistemul imunitar poate fi deprimat prin factorii mai sus menționați sau datorită unor infecții anterioare.

Infecțiile respiratorii afectează cel mai frecvent căile aeriene superioare: nasul, sinusurile, faringele și laringele.

Căile aeriene inferioare, traheea și bronhiile, sunt mai puțin expuse bolii, însă în cazul unei infecții, evoluția simptomelor este mai gravă.

Infecțiile respiratorii apar de obicei în asociere cu alte patologii ale căilor respiratorii. Bronșita acută se asociază

des cu tusea măgărească și rujeola. Bronșita cronică poate declanșa un emfizem pulmonar sau o bronșită obstructivă cronică.

Tratamentul infecțiilor respiratorii trebuie să se facă în funcție de natura agenților patogeni, de forma de manifestare a bolii (acută vs. cronică) și de segmentul afectat (căile aeriene superioare sau cele inferioare).

## Tratamentul în bolile respiratorii cronice

Starea pacientului cu boală respiratorie cronică se poate îmbunătăți prin evitarea factorului declanșator. Suplimentar, se pot folosi medicamente bronhodilatatoare. Afecțiunile respiratorii obstructive cu manifestare cronică nu sunt însă vindecabile, iar tratamentul medicamentos se administrează

toată viața pentru a ameliora simptomele.

## Bolile respiratorii acute

O răceală simplă care evoluează fără complicații se vindecă de regulă în 4-10 zile. Dacă infecția acută diseminează, boala se asociază cu anumite complicații care întârzie procesul de vindecare.

## Bolile respiratorii cronice

În bolile respiratorii cronice simptomele pot să dispară temporar, dar episoadele de boală se succed la intervale regulate de timp. Afecțiunile cronice nu sunt în general vindecabile și trebuie tratate medicamentos toată viața.

Infecțiile căilor aeriene superioare și bronșita cronică sunt provocate în principal de viruși, mai rar de bacterii. Datorită imunosupresiei, orice răceală de etiologie virală se poate complica cu o supra-



infecție bacteriană.

**Există o serie de factori favorizanți care pot agrava infecțiile virale sau bacteriene:**

- epuizarea fizică;
- stresul;
- tulburările alergice ale cavității nazale și faringiene;
- fumatul;
- poluarea;

## Infecțiile acute ale căilor aeriene inferioare

### Bronșita acută

Etiologie virală (90 %); foarte rar agentul infecțios este bacterian, mai ales în asociere cu tusea măgărească sau, secundar, în urma unei infecții virale (rujeola).

### Pneumonia

Etiologie bacteriană: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Streptococcus aureus; mai rar viruși, paraziți sau ciuperci.

### Emfizem pulmonar acut

Cauzat de îngustarea bronhiolilor în criza de astm;

## Infecțiile respiratorii cronice

Afecțiunile infecțioase cronice ale căilor respiratorii sunt: bronșita cronică, bronhopneumonia obstructivă cronică, astmul bronșic, emfizemul pulmonar cronic.

Bronhopneumonia obstructivă cronică (BPOC) se



referă la o grupa de afecțiuni cu simptomatologie similară: Bronșita obstructivă cronică; Emfizemul pulmonar cronic; Bronșita cronică cu manifestare astmatică;

Infecțiile obstructive cronice limitează respirația datorită proceselor inflamatorii și nu sunt vindecabile.

### Astmul bronșic

Este declanșat de alergii, noxe din mediu, viruși, medicamente, suprasolicitare;

Consecutiv poate să apară un emfizem pulmonar.

## Emfizemul pulmonar cronic

Este declanșat de fumat, bronșită cronică și bronșită obstructivă cronică, poluare;

### Bronșita cronică

Declanșată de fumat și factori de mediu;

Vindecabilă în stadii incipiente;

### Bronșita obstructivă cronică

Declanșată de fumat, poluare, tuberculoză pulmonară și cancer;

Nu este vindecabilă;

## Prevenție

### Profilaxia nonmedicamentoasă

Se recomandă ca prevenirea infecțiilor respiratorii să se facă prin întărirea pe cale naturală a sistemului imunitar, prin:

- Mișcare în aer curat;
- Dietă sănătoasă;
- Aport suficient de vitamine și minerale;

### Profilaxia medicamentoasă

Profilaxia medicamentoasă a infecțiilor respiratorii se face prin administrarea vaccinului antigripal. Totuși, datorită faptului că tulpinile virusului se diversifică foarte repede, eficiența vaccinului este scăzută dacă nu se repetă în fiecare an.

Un alt vaccin important este cel pneumococic, care determină formarea de anticorpi împotriva agenților patogeni ai pneumoniei.

**Dr. Claudia Maria Stoia**  
medic primar pneumolog  
[www.medicpneumolog.com](http://www.medicpneumolog.com)

# Fumatul pasiv și tulburările de somn la copil



**Ioana Munteanu,**  
medic primar pneumolog,  
Institutul de pneumologie  
„Marius Nasta” București,  
Președinte Secțiunea  
de Tabacologie a Societății  
Române de Pneumologie

**A**specte legate de fumatul pasiv au fost mai recent abordate în literatura de specialitate, dar ele sunt importante din cel puțin două puncte de vedere: efectele acestuia asupra sănătății și implicarea lui în inițierea fumatului la tineri. Noțiunea a fost introdusă ca fumat involuntar, ulterior sub alte denumiri: fumat pasiv, expunere la fumul de țigară, fumat la „mâna a doua”. Datorită compoziției sale similare fumului inhalat de fumător (conține peste 4000 de substanțe chimice din care 40+ sunt cancerigene) și efectelor pe care le are asupra organismului (atât la adult cât și la copil), fumatul pasiv a fost inclus de către Agenția pentru Protecția Mediului în clasa A cancerigenă, în aceeași categorie cu azbestul, benzenul și radonul.

## Care ar fi efectele sale asupra copilului?

Se discută practic de trei modalități de expunere: prenatală – mama fumătoare inhalează compușii toxici din fumul de țigară și îi transmite prin cordonul ombilical fătului, postnatală – expunere directă sau transmitere prin lapte, particule de pe haine, păr, mașină, etc. și educațională în adolescență când exemplul părinților poate fi un important factor de inițiere a fumatului.

Principala consecință a expunerii în perioada pre și perinatală este hipoxemia cronică a fătului. Nicotina determină vasoconstricție la nivel placentar, inducând hipoxie fetală și instalarea așa numitului sindrom de dezvoltare intrauterină insuficientă, ce apare la 8-10% din feții mamelor fumătoare. Acesta are repercursiuni asupra dezvoltării pulmonare și poate fi asociat unor tulburări de somn ce pot persista până la maturitate.

Vis a vis de dezvoltarea pulmonară, căile respiratorii mici se formează din stadiul canali-

cular (săptămâna 17-27 de sarcină), sunt complete ca număr la naștere și își continuă dezvoltarea după naștere dublându-și diametrul și triplându-și lungimea până după pubertate. Alveolele încep să se formeze în ultimul stadiu, sacular și își continuă evoluția în primii 3 ani de viață cu multiplicare și creștere în volum până după pubertate. La copii prematuri s-a constatat o reducere a fluxului respirator dar nu și a volumului pulmonar, comparativ cu copiii născuți la termen. Aceasta este ipoteza creșterii disproporționate, conform căreia la copii cu sindrom de creștere intrauterină insuficientă, căile aeriene sunt mult mai subțiri și nu se dezvoltă în același sens cu parenchimul pulmonar, ceea ce ar da reducerea de flux și ar putea explica apariția wheezingului la copilul mic.

Dacă ne referim la cel de al doilea aspect conform datelor din literatură, sindromul de dezvoltare intrauterină insuficientă este asociat cu tulburări de somn la copii cu vârste între 4-7 ani, iar la cei cu greutate sub 1500g aceste tulburări pot persista și în adolescență (întârzierea inițierii somnului). În general, la

copil acestea sunt de tipul parasomniilor (somnambulism, bruxism, enurezis, coșmaruri), hipersomniilor, ce se manifestă cu somnolență sau agitație extremă (apneea în somn sau alte tulburări respiratorii) sau restricționări voluntare ale somnului (de exemplu în adolescență sau legate de orele de școală).

La copilul expus fumatului pasiv, cel mai frecvent apar întârzieri în inițierea somnului, tulburări respiratorii (sforăit, apnee), parasomnii, somnolență excesivă diurnă sau tulburări globale ale acestuia.

## Sunt notate mai multe ipoteze privind mecanismele de inducere ale acestora printre care :

În condițiile expunerii pre-natale intervine același mecanism al vasoconstricției și necrozei placentare ce induce hipoxemie fetală. Aceasta se poate asocia cu leziuni cerebrale cu scăderea pragului de excitare (de trezire) la stimuli auditivi și capacitate anormală de trezire spontană. Sunt acei copii care se trezesc și plâng la cel mai mic zgomot, somnul devine neodihnit și poate avea repercursiuni neurologice și comportamentale.

Alte studii susțin experimentarea unor fenomene de sevraj nicotinic. La adult, în timpul perioadei de renunțare la fumat există tulburări marcate ale somnului de tipul: insomniei, fragmentării acestuia, latenței, eficienței însoțite de somnolen-

ță diurnă. Acestea se pot întâlni frecvent și la copil în primele zile după naștere dacă mama a fumat pe toată perioada sarcinii.

Continuarea fumatului sau reluarea acestuia după naștere poate induce sau exacerba o serie de boli cu evoluție cronică ce pot afecta suplimentar somnul. Fumul de țigară prin compoziția sa are rol atât de inductor cât și de trigger în astmul bronșic prin persistența fenomenului de creștere pulmonară disproporționată, hiperreactivitate bronșică și micșorarea diametrului căilor respiratorii.

Depunerea de particule din fumul de țigară la nivelul nasului copilului determină obstrucții ce exacerbează sforăitul, întrețin infecții la nivelul nasului, gâtului și urechii, dezvoltarea de vegetații adenoide, hipertrofie amidaliană ce pot conduce în final la Sindrom de apnee în somn. Otitele frecvente pot fi consecința acestei expuneri și pot afecta suplimentar somnul. Acestea sunt mai des întâlnite dacă copilul doarme în același pat cu mama fumătoare ce este purtătoare de particule prin haine, păr etc.

Numărul de țigări fumate nu este important, tulburările de somn apar indiferent de cantitate, dar pot fi de tipuri diferite. La valori de peste 10 țigări scad perioadele de somn profund, continuitatea acestuia și copilul are perioade lungi de treaz. La valori mai mici de 10 țigări, copilul are mișcări frecvente ale corpului în timpul somnului cu fragmentarea acestuia.

Riscul de apnee însă este dependent de doză. La mamele fu-

mătoare a peste 10 țigări/zi riscul este de 2.76 asociat unei greutatei mici la naștere și transpirațiilor nocturne. Fumatul patern a peste 20 țigări/zi determină o prevalență a sforăitului și apneei la copil la 8.8% comparativ cu 5.5% la nefumător.

Dintre parasomnii, bruxismul este prezent la 88% dintre copii și frecvent asociat fumatului pasiv la copiii expuși zilnic și cu părinți fumători de peste 10 țigări/zi. (12)

## Care ar fi consecințele?

Repercursiuni asupra dezvoltării cerebrale cu modificări fiziologice și comportamentale ulterioare ca de exemplu: obezitate, depresie, interiorizare sau externalizare, deficit de atenție, hiperreactivitate, tulburări comportamentale. Acestea sunt frecvente în primii 12 ani atunci când se definitivează structura plămânului, creierului și pot apare dezechilibre hormonale.

## În concluzie

Expunerea pasivă la fumul de țigară este unul dintre cei mai importanți factori de risc modificabili ce influențează dezvoltarea pulmonară prenatală și postnatală și induce tulburări de somn, adesea neglijată.

Interzicerea fumatului susținută de legislație, lansarea de programe educaționale pentru populație și asigurarea unor programe de renunțare la fumat fără discontinuități pot constitui premisele unei limitări a expunerii și a consecințelor acesteia.

# Print sau cerșetor?



**Dr. Laura Birdeanu**  
Medic primar  
psihiatrie  
pediatrică

În familia lui Alin este bucurie mare de vreo câteva zile. Mămica lui i-a anunțat pe toți că va mai avea un copil, peste câteva luni. Alin are șase ani, se pregătește ca din toamnă să meargă la școală și este extrem de fericit că, în sfârșit, i s-a îndeplinit marea dorință de a avea un frățior. Își dorește, bineînțeles, să fie băiat să se poată juca împreună, cât e ziua de mare. Odată cu primul trimestru de sarcină au apărut și primele probleme de sănătate ale mamei. Nimic grav, dar atmosfera din familie a început să se schimbe; primele îngrijorări au încolțit în sufletul lui Alin, în legătură cu posibilitatea ca mama să nu se mai întoarcă acasă. Toată lumea, preocupată de problemele cotidiene, a uitat să-i explice și lui ce se întâmplă și să-l asigure că totul se va sfârși cu bine, în curând. Problemele cu sarcina s-au rezolvat, dar cu multe plecări ale mamei la spital unde rămânea de fiecare dată câteva zile. Vremea a trecut repede, sarcina se apropia de termen, așteptarea părea să ia sfârșit în curând și toată lumea era fericită.

Văzând că atmosfera a devenit mai relaxată, Alin a început și el să se calmeze, să-și învingă anxietățile legate de posibila moarte a mamei. A sosit și sorocul; agitație mare, toată familia dădea din colț în colț, încercând să fie cât mai utilă, mama se strâmba la fiecare contracție, bunica nu mai contenea cu sfaturile și cu ritualurile băbești de calmare a durerilor, tata transpira tot și era foarte agitat și nervos că Alin este tot „în picioarele lui” și-i stă mereu în cale. Bineînțeles că băiatul nu înțelegea nimic din toată agitația și după ce a fost certat de mai multe ori, de fiecare în parte, s-a retras spășit sub masa din sufragerie și a început să plângă în surdina, rugându-se ca nenorocirea ce va urma să nu o ucidă pe mama. Toată lumea din casă pleca spre spital, uitând de Alin care își tot repeta: „iar pleacă mama la doctor, sper să se întoarcă și de data asta cu bine și să se nască odată cel mic, să fie totul ca înainte”. Peste câteva ore se întoarce bunica și îl găsește adormit sub masă, cu obrajii brăzdați de lacrimi. Își dă seama că au uitat cu toții de bietul copil care, oricum „este destul de mare” să înțeleagă ce se întâmplă și „trebuie să fie bărbat” și să-și ia în primire „rolul de frate mai mare”. Din acea noapte somnul copilului a devenit foarte agitat, brăzdat de numeroase coșmaruri care îl trezeau frecvent și nici mama nu

mai venea să-l protejeze. Deși îl crescuse bunica, de când era mic, acum o dorea pe mama și numai pe ea, „să se întoarcă odată acasă, cu sau fără cel mic, nu contează; numai să vină!”. În zadar încerca bunica să-l liniștească în fiecare seară, să-l ia cu ea în cameră, să-i cumpere tot felul de jucărioare, el o vroia doar pe mama. L-au dus la maternitate să o vadă atât pe ea cât și pe cel mic, doar or reuși să-l calmeze. A fost extrem de fericit, dar și îngrijorat deoarece mămica era palidă și încercănată și parcă mai lipsită de vlagă decât înainte. Revenirea lui acasă a fost din nou tristă, dar știa măcar că mama este bine. Cel mic nu îl impresionase deloc pozitiv; era „o jucărie mică și gălăgioasă și se strâmba mereu, părând că sugă”. A venit ziua mult așteptată și familia s-a reunit din nou acasă, cu noul ei membru gălăgios alături. Când credea că toate relele s-au sfârșit, și-a dat seama că lucrurile stăteau mult mai rău decât se așteptase. Veneau rudele și prietenii de familie să-l vadă pe cel mic, toți se minunau cât este de frumos, de cuminte, de reușit, îi aduceau hăinuțe și tot felul de jucărioare zgomotoase și nimeni nu-l mai alinta pe el. În plus, atunci când plângea, toți se agitau în jurul lui. Era mereu trimis să vadă ce face „copilul” dacă doarme „copilul” dacă este învelit „copilul” etc. „Copilul” era de acum „centrul Univer-

sului” tuturor, el își pierduse poziția de „princețel” în familie, pe motiv că este „mare” de acum și trebuie să înțeleagă că cel mic trebuie ajutat să crească. Timpul trecea, Alin începuse să devină din ce în ce mai irascibil, nopțile lui erau din nou presărate de coșmaruri, visa frecvent că a fost uitat de mama pe stradă, țipa în somn de multe ori, mai ales văzând că „copilul” era luat să doarmă în camera cu părinții, iar el trebuia să doarmă în camera lui. Cel mic trebuia alăptat și stătea permanent în brațele mamei, începuse să gângurească, motiv de încântare pentru toți care nu mai conțineau cu laudele. Andrei („copilul”) împlinise patru luni când, de câteva nopți, Alin a început să facă pipi în pat în fiecare noapte, slăbise vreo patru kilograme, nu mai crescuse în înălțime, scuipa tot timpul simțind că are ceva pe limbă, îi curgeau balele; începuse școala dar nu-i stătea mintea la carte, era trist și plângea fără motiv, stătea la ore „ca pe ghimpi” așteptând să vină cineva să-l ia acasă, iar performanțele la școală lăsau de dorit. Când cel mic a primit lapte din biberon a dorit și el să aibă unul la fel, altminteri nu va mai bea lapte niciodată. A fost dus la medicul pediatru să vadă de ce face pipi pe el, crezând că „a răcit la rinichi”. Mare le-a fost surpriza tuturor când au fost trimiși la psihiatru. După amânări și proteste, mama l-a convins și pe tată că ar fi necesar să-mi facă o



vizită și așa l-am cunoscut pe Alin după încă o lună de suferință. „Sigur nu mă mai iubesc de când s-a născut „copilul”. „Aproape au uitat că exist, vreau să fiu și eu mic din nou să fie totul ca înainte.” „Îl iubesc toți numai pe el deoarece doarme cu ei și îl țin tot timpul în brațe. Nici vorbă să ne putem juca pentru că nici nu se ține singur pe picioare”. „Cum să nu-l iubesc?” se disculpă mama surprinsă de conversație. „Nu am făcut niciodată diferențe între ei, îi iubesc la fel pe amândoi”.

„Cum v-ați simți dvs. dacă soțul ar veni acasă cu amantă, justificând că a adus-o să vă ajute la treburile gospodărești?”, întreb eu lăsând-o pe mamă cu gura căscată, fără replică, uitându-se la mine speriată. După câteva secunde înțelege substratul

întrebării și îi dau lacrimile. „Nu m-am gândit că poate suferi chiar atât din cauza asta, credeam că este destul de mare să înțeleagă cum stau lucrurile”.

## Ce trebuie să reținem:

- Nu suntem nicio dată „destul de mari” pentru a înțelege de ce trebuie ca altcineva să ne ia locul, să devenim din „princețel”, „cerșetori”, din șefi, subalterni etc.
- Când se naște un frățior, copilul mai mare trebuie „pregătit sufletește” cu mult timp înainte, iar afecțiunea trebuie împărtășită explicit, în mod egal; nu trebuie să credem că cel mare va înțelege mesajele noastre de iubire, nonverbale. Trebuie permanent să-l asigurăm că îl iubim la fel ca înainte, că nimic nu s-a schimbat în acest sens.
- Alin a dezvoltat inițial o Anxietate de separare, apoi Tulburare de rivalitate în frătrie, care au necesitat șase luni de tratament medicamentos și consiliere psihiatrică susținută.
- În astfel de situații, au fost citate în literatura de specialitate cazuri în care „copilul” a fost ucis de către fratele cel mare! Cu cât copilul cel mare este mai mare, cu atât are mai mult de pierdut și este mai afectat. Anii în care a fost „centrul universului familiei sale” i-au confirmat că el este „princețelul” și în mintea lui, nimeni nu are voie să-i submineze această poziție.

# Nefrectomia laparoscopică

## Experiența inițială a Clinicii de Urologie Sf. Ioan

### Obiective

Nefrectomia laparoscopică pe cale transperitoneală este deja considerată ca fiind tehnica standard în abordul patologiei renale benignă și malignă. Scopul acestei lucrări este analiza eficienței, siguranței și complicațiilor intra și postoperatorii a nefrectomiei laparoscopice pentru patologia renală benignă și malignă.

### Material și metodă

Lotul studiat a inclus 11 pacienți la care s-a realizat nefrectomie laparoscopică : 5 cazuri cu rinichi distrus morfofuncțional (patologie benignă) și 6 cazuri cu tumori renale maligne (pT1). Protocolul preoperator a inclus CT sau RMN cu substanță de contrast (pentru patologia malignă), respectiv urografie intravenoasă și scintigrafie renală (pentru patologia benignă). S-au urmărit: durata medie a spitalizării, durata medie a intervenției chirurgicale și rata de complicații intra și postoperatorii. În toate cazurile s-a folosit abordul transperitoneal. În toate cazurile s-a folosit linia de laparoscopie Karl Storz HD. Primele 8 intervenții au fost asistate de un chirurg laparoscopist cu experiență.

### Rezultate

Durata medie a intervenției a fost de 178 de minute (interval 120 – 282 minute), înregistrând o pantă descendentă a timpului operator pentru cazurile necomplicate, de la 200 de minute pentru prima intervenție, la 120 de minu-

te pentru ultima intervenție. Într-un singur caz (9%) - tumora renală T1 - a fost necesară convertirea, din cauza unei sangerări importante a unei artere renale accesorii. În alte 2 cazuri (18%) s-a înregistrat hemoragie semnificativă din hilul renal, care a putut fi controlată laparoscopic. Un caz (9%) de perforație a colonului ascendent, rezolvat laparoscopic prin sutura breșei în puncte separate. Nu s-au înregistrat complicații postoperatorii majore – 3 cazuri (27%) de infecții urinare, remise sub antibioterapie țintită. Durata medie de spitalizare a fost de 4,5 zile (interval 3-11 zile).

### Concluzii

Nefrectomia laparoscopică pe cale transperitoneală pentru orice tip de patologie renală este o alternativă sigură, eficientă, cu un număr redus de complicații, atât intra cât și postoperatorii. Experiența operatorului în laparoscopie este extrem de importantă, ducând la minimizarea tuturor complicațiilor și la reducerea semnificativă a duratei actului chirurgical.

**Mirciulescu V., Niță Gh.,  
Ginghină O., Goman L.,  
Iordache N., Geavlete P.**

# Chirurgia urologică asistată robotic

Chirurgia robotica este o metodă minim invazivă larg abordată în centrele de urologie din SUA și Europa Centrală. Scopul acestei lucrări este raportarea experienței Departamentului de Urologie din cadrul SCM Cluj-Napoca în chirurgia robotică.

## Material și metodă

În perioada noiembrie 2009 - martie 2014, în cadrul Departamentului de Urologie s-au efectuat 250 de intervenții chirurgicale asistate robotic. Au fost realizate toate tipurile de intervenții chirurgicale oncologice: de exereză (nefrectomie radicală, nefroureterectomie), de exereză și reconstrucție (cistectomie radicală, prostatectomie, nefrectomie parțială) și de reconstrucție (pieloplastie).

## Rezultate

Principala intervenție chirurgicală urologică robotică a fost prostatectomia radicală (171 cazuri). Timpul operator mediu a fost de 190 minute (120-318 minute). Pierderea sangvină medie a fost de 250ml (50-1000 ml), iar durata medie de spitalizare a fost de 7 zile (pacienții au fost externati după efectuarea unei cistografii de control). La 6 luni post-operator, 93.9% din pacienți au prezentat PSA nedetectabil, 88.9% au fost continenți (<1 pad/zi) și 47.9% au prezentat

erecții spontane. Au fost abordate robotic intervenții urooncologice de mare dificultate, cum este cistectomia radicală cu neo-vezică ileală. Astfel, 11 cistectomii radicale robotice pentru tumori vezicale infiltrative. Timpul operator mediu a fost de 725 min, cu pierderi sangvine medii de 450 ml (350-600 ml). Neovezică ileală ortotopică intracorporeală (3 cazuri) și extracorporeală (3), ureterostomie cutanată (5). În contextul utilizării largi a metodelor imagistice a crescut rata de diagnostic a tumorilor renale stadiul T1a și astfel a intervențiilor de nefrectomii parțiale. Au fost realizate 15 nefrectomii parțiale prin abord retroperitoneal, cu un timp operator mediu de 298 minute (220-370 min). Timpul de ischemie caldă a fost 25 minute (19-32 min), iar pierderea sangvină medie a fost de 305 ml (210-520 ml). Dintre intervențiile reconstructive, au fost realizate 13 pieloplastii. Timpul operator mediu a fost de 95 min (65-130 min). Toți

pacienții s-au mobilizat și și-au reluat tranzitul intestinal în primele 24 ore. Drenajul lombar a fost suprimat la aproximativ 3,5 zile post-operator, iar sonda uretro-vezicală la 8,4 zile și suprimarea stentului ureteral autostatic la 21 zile.



## Concluzii

Abordul robotic este o metoda sigură și fezabilă pentru majoritatea tipurilor de intervenții în urologie, beneficiile acestuia fiind minim-invazivitatea, timpul de spitalizare scurt, rezultatele estetice, dar și oncologice și funcționale.

**Botezan T, Pop CD, Dumitrescu A, Pop Iulia, Crișan N, Coman I**  
Clinica de Urologie, Spitalul Municipal Cluj-Napoca

# CANCERUL

## boala necruțătoare a secolului

*Cercetările medicale aduc statistici îngrijorătoare legate de cancer, care devine o amenințare tot mai mare la nivel global. Specialiștii susțin că până în 2030 cancerul va deveni un flagel ce se va răspândi în toată lumea, numărul cazurilor urmând să crească cu 50%. Cele mai frecvente forme de cancer diagnosticate sunt cancerul pulmonar, cancerul la sân și cel de colon.*

*Deși au fost făcute progrese în prevenirea, detectarea și diagnosticarea cancerului, tratarea acestuia continuă să rămână o problemă îngrijorătoare în cadrul medicinei tradiționale. Potrivit celor mai recente studii, terapiile integrative s-au dovedit a fi eficiente în tratarea celulelor canceroase, asociind practicile și metodele alternative cu cele alocate.*

### Alga AFA, cel mai puternic citostatic natural vegetal

**A**lga AFA este recunoscută ca fiind cel mai puternic citostatic natural vegetal, cu rezultate uimitoare în tratarea bolnavilor de cancer și leucemie. Administrată în paralel cu tratamentele oncologice convenționale, alga AFA le potențează acțiunea și contribuie la diminuarea asprelor efecte secundare, îmbunătățind calitatea vieții bolnavului. Alga AFA ajută la distrugerea tumorilor maligne și la eliminarea lor din corp. Datorită numeroaselor substanțe active din compoziție, care sunt ușor absorbite de organism, alga AFA favorizează necroza formațiunilor canceroase, inhibând procesul de vascularizare al tumorilor.

Pigmenții albaștri și verzi din compoziția sa stimulează producția de celule stem din măduva spinării, în timp ce polizaharidele din alga AFA stimulează migrarea lor acolo unde este nevoie pentru regenerare. Celulele stem au capacitatea de a se multiplica, putându-se diferenția, crea

și reface orice organ sau țesut din corpul uman. Datorită acestei proprietăți, alga AFA s-a dovedit că are efecte reale în tratamentul cancerului, observându-se regresii ale tumorilor.

**Regenerarea celulară a organismului susține refacerea țesuturilor afectate, inhibă dezvoltarea celulelor canceroase și previne formarea și extinderea tumorilor.**

Alga AFA stimulează celulele albe și inhibă activitatea dioxidului de carbon în organism, prevenind inflamațiile și îmbunătățind starea generală. Mai mult, potrivit studiilor, alga AFA are efecte atât de puternice asupra celulelor responsabile cu imunitatea, încât le stimulează activitatea de a identifica celulele canceroase sau infectate cu un virus și de a le neutraliza, urmând ca celulele macrofage să le elimine.

În asociere și cu alți stimulatori ai imunității, cum ar fi extractul de Ganoderma, alga AFA ajută la distrugerea tumorilor maligne și la eliminarea lor din organism, ajutând astfel în tratarea diferitelor forme de cancer. De asemenea, clorofila din alga AFA, alături de substanțele active din **Chlorella** și **Spirulină**, stimulează

detoxifierea organismului prin neutralizarea și eliminarea din organism a substanțelor chimice nocive cu care intrăm în contact.

Această formulă inovatoare este produsă în România de către compania **Herbatica**.

### Oncology STEM





## Oncology STEM

### Ajută la:

- ✓ stimularea producției de celule stem adulte
- ✓ regenerarea celulelor organismului
- ✓ refacerea țesuturilor afectate
- ✓ inhibarea dezvoltării celulelor canceroase
- ✓ prevenirea formării și extinderii tumorilor

Singurul producător din România care are o formulă complexă și completă recomandată în afecțiunile tumorale, ce conține alga AFA (asociată cu extractul de Ganoderma, Chlorella, Spirulină, cartilajul de rechin și seleniu organic) este **Herbagerica**, cu produsul **Oncology STEM**. Acest produs inhibă migrarea celulelor canceroase, previne dezvoltarea și extinderea formațiunilor tumorale (inhibându-le vascularizarea), previne metastazele și recidivele bolii canceroase.

De asemenea, gama de produse naturale pe bază de alga AFA mai conține și:

**Hepatic STEM** - recomandat în cazul cancerului hepatic;

**Ginkgo STEM** - recomandat în cazul tumorilor cerebrale;

**Prostato STEM** - recomandat în cazul cancerului de prostată

### Contact:

 0372. 918. 888 / 0747. 435. 877

 [www.herbagerica.ro](http://www.herbagerica.ro)

 [facebook.com/herbagerica](https://facebook.com/herbagerica)

 [twitter.com/herbagerica](https://twitter.com/herbagerica)



# Ayurveda și modul sănătos de a slăbi

**A**yurveda ne învață că fiecare dintre noi avem o anumită tipologie constituțională care ne predispune la o anumită structurare a corpului fizic de care este foarte important să ținem cont pentru a ne putea menține starea de armonie și sănătate.

Bolile de nutriție, printre care și obezitatea, reprezintă un factor de risc care scurtează direct sau indirect viața. Patologia cardio-vasculară este o consecință, printre altele, și a supragreutății.

Este important să acordăm siluetei noastre o atenție deosebită, fără a trece însă în cealaltă extremă, aceea de a urma cure drastice de slăbire, diete care intervin asupra organismului nostru într-un mod agresiv.

Dacă vom lua masa în fiecare zi la aceleași ore, organismul nostru se va adapta acestui ritm, declanșând secreția sucurilor gastrice și facilitând procesul digestiei. O dietă ușoară, fără prea multe tipuri de alimente combinate la aceeași masă va contribui la reglarea procesului digestiv.

În India se acordă o importanță deosebită plantelor condimentare, acestea fiind folosite curent la prepararea hranei. Pe lângă efectul gustativ, condimentele au unele proprietăți terapeutice, astfel beneficiul folosirii lor fiind dublu.

Un alt aspect de care trebuie să ținem cont este starea de spirit din momentul hrănirii. Stările de furie, cele depresive sau anxioase au repercursiuni negative asupra organismului, concretizându-se, printre altele, și prin grăsimi depuse inestetic pe corp. La fel de important este să nu fie desfășurate și alte activități simu-

tan cu sevărea mesei, cum ar fi cititul ziarului, privitul la televizor, vorbitul la telefon, ș.a.

Cel mai bine este ca mâncarea să fie consumată imediat după ce a fost gătită sau cel mult la câteva ore după aceea. Pentru persoanele care sunt nevoite să recurgă la o dietă specifică este important să consume suplimente alimentare care să corecteze carențele în minerale și vitamine.

Plantele contribuie la rândul lor în procesul de slăbire/menținere a siluetei. Pentru persoanele care doresc să folosească și remedii pe baza de plante medicinale pentru acest scop există suplimentul alimentar SLEMOL, marca Ayurvedmed.

SLEMOL este un supliment alimentar, 100% natural, care conține plante medicinale ayurvedice cu rol de temperare a poftei de mâncare, împiedică transformarea glucidelor în grăsimi și accelerează reacțiile de oxidare a zahărului. Plantele medicinale din compoziția lui sunt specifice Indiei și asigură o slăbire uniformă și sănătoasă. Efectul său benefic se datorează extractelor din frunze și fructe de *Garcinia cambodgia* care, împreună cu alte plante ayurvedice, ajută organismul să slăbească în mod natural și să rămână sănătos.

SLEMOL conține un amestec de plante selectate ce ajută la reglarea apetitului, la susținerea metabolismului prin intensificarea arderilor carbohidraților și lipidelor, contribuie la menținerea nivelului normal al colesterolului sanguin, susține funcționarea normală a sistemului cardiovascular și endocrin.

SLEMOL ajută la eliminarea toxinelor produse ca urmare a unui metabolism lent, contribuie la efec-



tuarea optimă a digestiei și a tranzitului intestinal, susținând tonifierea țesuturilor musculare. Previne obezitatea și tulburările asociate ei și îmbunătățește astfel starea de sănătate generală.

Reduce nivelul sanguin al LDL, diminuând fracțiunea colesterolului responsabil de accidentele cardiovasculare.

Slemol contribuie la: • diminuarea apetitului exagerat; • reglarea digestiei și a tranzitului intestinal; • susținerea unui metabolism corespunzător; • desfășurarea procesului natural de eliminare a toxinelor și a apei din organism; • îmbunătățirea tonusului și ameliorarea stărilor de oboseală și epuizare. Modul de utilizare și doza recomandată pentru consumul zilnic: 1-2 tablete de 3 ori pe zi, cu 30 minute înainte de mesele principale, cure de 3 luni (nu se administrează persoanelor cu vârsta sub 18 ani).

Poate interfera cu alte produse cu același efect, la administrare concomitentă. Contraindicat femeilor însărcinate sau care alăptează, precum și persoanelor suferinde de afecțiuni cronice. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemână și la vederea copiilor. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un mod de viață sănătos.

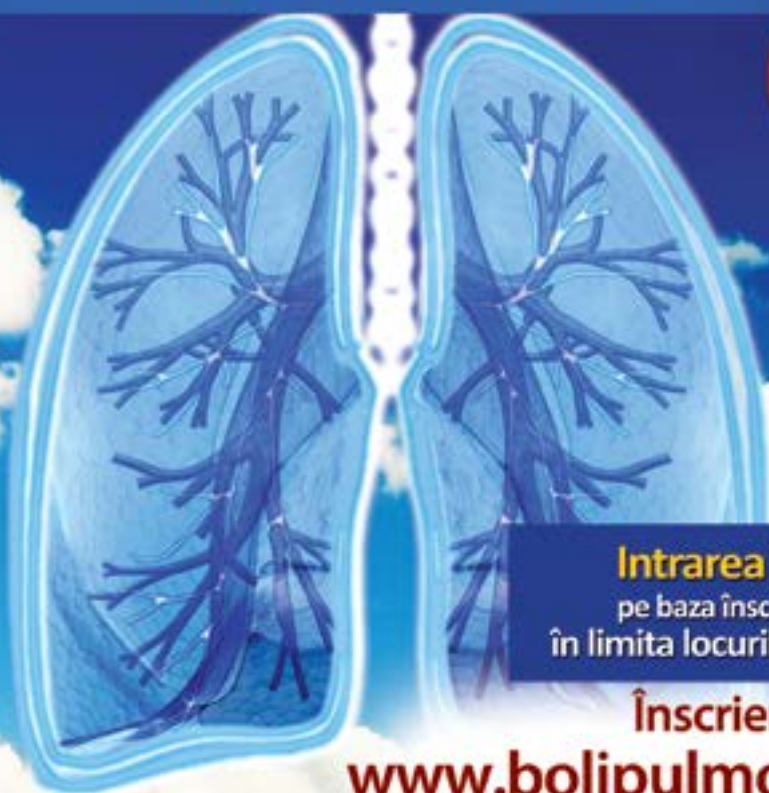
[www.star-ayurveda.ro](http://www.star-ayurveda.ro)

**Înscrie-te la**  
**A IV-a Conferință Națională**  
**Managementul Bolilor Pulmonare**

**Asociații de pacienți - Autorități - Medici**

**11-12 iulie 2014, București**  
**Hotel Ramada Parc**

**Evenimentul  
va fi creditat  
cu puncte  
EMC**



**Intrarea gratuită**  
pe baza înscrierii pe site  
în limita locurilor disponibile

**Înscrieri și detalii:**  
**[www.bolipulmonare.ro](http://www.bolipulmonare.ro)**

**Președinte conferință:**  
**Prof.univ.dr. Florin Mihălțan**  
Președinte  
Societatea Română de Pneumologie

Management Eveniment

Organizator Științific



**UMF**  
UNIVERSITATEA DE  
MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
"IULIU HAȚEGANU"  
CLUJ-NAPOCA



---

# THE 13<sup>TH</sup> DANUBE INTERNATIONAL OTORHINOLARYNGOLOGICAL CONGRESS & THE ENT NATIONAL CONGRESS

---

02 – 05 July 2014 / Cluj-Napoca / Romania

---

Congress venue:  
Grand Hotel Napoca, 1 Octavian Goga Street

---

CONGRESS SITE:  
[www.ori2014.org](http://www.ori2014.org)

CONGRESS PRESIDENT:  
Prof. Dr. MARCEL COSGAREA  
HONORARY PRESIDENT:  
Prof. Dr. RUDOLF HAGEN

---

CONGRESS LOGISTIC SUPPORT – PALOMA PROFESSIONAL EVENTS  
[loredana.salanta@pproevents.com](mailto:loredana.salanta@pproevents.com) - 0752 168 811



An application has been made to the EACCME® for CME accreditation of this event