

250

săptămâna

Anul XV • Nr. 250 • iulie 2020

MEDICALĂ

4.75 lei



Protecția solară și importanța ei

Intoleranța la lactoză

Rinita la copii

Medicamente VS suplimente



Operația laser pentru
corecția presbiopiei 4

Diagnosticul precoce
al retinoblastomului 5

Remedii ayurvedice
în tusea și alergiile
din sfera ORL 16



Depresia
și comorbiditățile
somatice
• Pag. 22

Interviu realizat
cu doamna Conf.
Dr. Cristina Tiu
• Pag. 10



MEDICAL MARKET

www.revistamedicalmarket.ro

Revista profesioniștilor din sistemul sanitar!

(Două decenii de la apariția primului anuar al spitalelor)



Abonament anual la revista Medical Market

Rugăm cei interesați să trimită o solicitare pe adresa:
redactie@finwatch.ro sau la tel/fax 021 321 6123. Vă mulțumim!

Dorim în primul rând prevenția și educația pacientului



Se păstrează tradiția campaniilor de conștientizare și prevenție în ceea ce privește contactarea afecțiunilor dermatologice. Cea dedicată acneei a fost plină de provocări în organizare. A trebuit să schimbăm puțin cadrul, în licee ne-am axat mai mult pe prezentări desfășurate în orele de dirigenție. Au fost foarte bine primite deoarece sunt educative și se adresează în general adolescenților. În campania pentru depistarea

cancerului de piele, Euromelanoma Day, avem mai multe direcții de acțiune. Cum și când să stai la soare, cum te protejezi, și pentru asta este nevoie de o educație serioasă și bine documentată. Am avut consulturi în diverse instituții private sau de stat.

Vara desfășurăm campaniile de pe litoral. Cele trei weekenduri, unul în luna iulie și două în luna august, instalăm corturile unde, câte patru medici în fiecare cort își desfășoară activitatea consultând populația. Am depistat persoane cu cancer incipient sau cu leziuni precanceroase, care au avut astfel șansă de tratament în fazele incipiente. Campaniile se desfășoară în Mangalia, Jupiter și Neptun. Rezultatele au fost foarte bine primite la nivel internațional, la Bruxelles, de unde se coordonează această campanie.

Sigur, avem Ziua Mondială a Psoriazisului, în octombrie, când, printr-o conferință de presă, prin realizarea și distribuirea unor flyere și postere încercăm să educăm populația astfel încât să nu marginalizeze persoanele cu psoriazis. Prin campaniile desfășurate se dorește în primul rând prevenția și educația pacientului.

În cazul cancerului cutanat există tendința de negare deoarece alunița nu doare, nu deranjează, ceea ce face ca acesta să fie depistat tardiv. Neavând o simptomatologie, pacienții se gândesc să nu intervină. Cancerul de piele nu trebuie tratat cu indiferență, pentru că sunt statistici care arată că cea mai frecventă formă de cancer din lume este cancerul de piele.

Dr. Alin Nicolescu, Secretar General al SRD

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Presbyond, operația laser pentru corecția presbiopiei.....	4
Diagnosticul precoce al retinoblastomului . . .	5
Gemoterapie pentru dinți și gingii sănătoase . . .	6
„Nu putem menține colesterolul în limite normale numai prin dietă!”	8
Există programe naționale de prevenție și combatere a bolilor neurologice.	10
Protecția solară și importanța ei	12
Intoleranța la lactoză.	14
Remedii ayurvedice în tusea și alergiile din sfera ORL	16
Cum facem diferența între medicamente și suplimente alimentare?	18
Rinita alergică la copii	19
Întârzie reformele din asistența medicală de psihiatrie	20
Depresia și comorbiditățile somatice.	22
„La Spitalul Universitar de Urgență București am format un Compartiment ORL practic de la zero, în urmă cu 17 ani”	24
Evoluția chirurgiei endoscopice în ORL este spectaculoasă	26
De la Profesorul Hociotă la tână echipă managerială de azi – tradiție continuată și tehnologizare continuă	28
Disfagia asociată traumatismelor cervicale complexe.	30

Abonament la revista Săptămâna Medicală

săptămâna
MEDICALĂ

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

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

Editor: Fin Watch
Calea Rahovei, nr. 266-268, Sector 5, București,*
Electromagnetica Business Park, Corp 60, et. 1, cam. 19
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

Tiraj: 15.000 ex.
ISSN 2067-0508



Presbyond, operația laser pentru corecția presbiopiei

Presbyond este tehnica laser pentru corecția presbiopiei cu ajutorul căreia puteți scăpa de ochelari la Ama Optimex.

Dr. Andrei Filip

Medic Primar,
Specialist Oftalmolog,
Doctor în Științe Medicale
Clinica de oftalmologie
Ama Optimex



Presbiopia nu este un viciu de refracție, cum sunt miopia, hipermetropia și astigmatismul, ci constă în pierderea puterii de acomodare a cristalinului. Acest fenomen începe să apară după vârsta de 40 de ani și afectează pe toată lumea, într-o măsură mai mare sau mai mică, mai devreme sau mai târziu. Se manifestă prin vedere slabă la aproape, apoi la unele persoane și la depărtare, practic este nevoie să purtați ochelari la citit, cusut, când vă uitați la telefon/tabletă, la activitățile desfășurate la distanță mică. Această problemă de vedere se adaugă poate altor afecțiuni menționate aici (miopie, hipermetropie, astigmatism) și atunci trebuie să purtați două perechi de ochelari, una pentru citit, cealaltă pentru distanță, fiind foarte neplăcut și incomod să îi schimbați de fiecare dată.

De-a lungul timpului au fost dezvoltate diverse metode de corecție pentru presbiopie, de la ochelari (inclusiv cei cu lentile progresive) și lentile de contact (monovision) la implant

de cristalin artificial și chirurgie refractivă, adică Presbyond. Astfel, Presbyond completează metodele disponibile și poate fi, în momentul de față, o opțiune pentru persoanele care au presbiopie și un alt viciu de refracție.

Noua operație laser **Presbyond** presupune un tratament personalizat pentru fiecare ochi în parte. La ochiul dominant se modifică puterea de refracție a corneei pentru a vedea bine la distanță și intermediar, iar la ochiul nondominant se modifică astfel încât să vadă bine la intermediar și aproape, adăugându-se și creșterea profunzimii focalizării (Extended Depth Of Focus). Creierul se va obișnui, în timp, să compună imaginile obținute de la cei doi ochi și să vă ofere o vedere bună la toate distanțele.

Tehnica chirurgicală este sigură, fiind aceeași ca la Femto-LASIK, o intervenție practicată la nivel mondial de peste 30 de ani. Se decupează un falp (capac) în corneă cu ajutorul femtolaserului, cu o precizie foarte ridicată, apoi se remodelează corneea cu ajutorul laserului cu excimeri. La final, se rezonează flapul.

Intervenția se face la ambii ochi în aceeași zi, fără internare și nu doare. Perioada de recuperare presupune un tratament cu picături

și câteva restricții legate de igienă, efort fizic mare, timp de câteva săptămâni, însă vă puteți relua activitățile cotidiene la câteva zile după intervenție. Vederea se stabilizează imediat după operație și continuă să se îmbunătățească cu fiecare zi care trece, însă este posibil să existe fluctuații de vedere, deoarece există o perioadă de neuroadaptare (vederea fiind diferită la cei doi ochi), care durează câteva luni, timp în care creierul reușește să se obișnuiască cu imaginile obținute de la cei doi ochi. În situații specifice (condus pe distanțe lungi sau noapte, cititul unor caractere foarte mici) mai poate fi necesar să purtați o pereche de ochelari.

Pentru a afla dacă Presbyond este o opțiune pentru dumneavoastră, trebuie să efectuați o consultație oftalmologică și un set de investigații și teste specifice în cadrul clinicii Ama Optimex.

Mai multe informații despre intervenție sunt disponibile și pe website-ul nostru de informare www.scapadeochelari.ro, website care prezintă soluțiile complete pentru reducerea dioptriilor, pentru toate afecțiunile oftalmologice și la toate vârstele, disponibile în clinica noastră.

www.amaoptimex.ro
www.scapadeochelari.ro
www.cataracta.ro

Diagnosticul precoce al retinoblastomului

Retinoblastomul este o tumoră malignă a ochiului care apare cel mai frecvent la copii cu vârsta sub 4 ani, cu o incidență de 1 la 15000 de nașteri. În România sunt diagnosticate în jur de 6-7 cazuri noi pe an. Diagnosticul precoce este de cea mai mare importanță, pentru că, tratat la timp, are una dintre cele mai mari rate de vindecare dintre toate cancerurile la copii și crește șansa ca vederea să fie păstrată.

Dr. Cristina Nițulescu,
medic primar
oftalmolog, specializat
în oftalmopediatrie



în lumina slabă, cu ochiul liber. Dacă observați un reflex asimetric sau apariția unui reflex alb la unul din ochi, ceva poate fi în neregulă cu ochiul copilului dumneavoastră. Nu orice reflex alb pupilar înseamnă retinoblastom, dar doar medicul oftalmolog vă poate spune despre ce este vorba. Este foarte important să vă duceți copilul la control în 72 de



Retinoblastomul ia naștere de la nivelul retinei (partea interioară a ochiului) și crește foarte repede, poate afecta unul sau amândoi ochii, iar în cazuri avansate se poate răspândi în afara ochiului, moment în care viața copilului este în pericol. Există și cazuri când această tumoră este prezentă de la naștere. Pentru un diagnostic precoce, de mare ajutor sunt părinții. La stimularea retinei cu un stimul luminos în mod normal apare un reflex roșu. Trebuie să fie egal și simetric la amândoi ochii.

Semnul cel mai frecvent în retinoblastom este leucocoria (reflex alb pupilar), care de cele mai multe ori apare în fotografie. Părinții sunt sfătuiți să facă poze repetate copilului din mai multe unghiuri, într-o lumină slabă, o dată pe lună, cu un aparat foto obișnuit (nu cu telefonul mobil). Se mai poate observa acest reflex

fi vorba. Retinoblastomul se mai poate manifesta ca strabism (deviația ochilor), ochi roșu dureros sau buftalmie (ochi mai mare).

La consult, medicul oftalmolog va verifica reflexul roșu retinian cu lumina unei lanterne sau a oftalmoscopului. Examinarea fundului de ochi se face cu pupila dilatată (se vor pune picături pentru dilatare) și cu oftalmoscopul indirect. La copilul mai mare de 2 luni este posibil să fie necesară examinarea în anestezie generală, pentru a putea vizualiza cu atenție periferia retinei. Un lucru deosebit de important este examinarea încă de la naștere a unui nou-născut care provine din familii cu istoric de retinoblastom.

În concluzie, este obligatoriu ca părinții să vină cu copilul la consult oftalmologic dacă au observat unul din semnele de mai sus. Întârzierea diagnosticului va duce la tratamente îndelungate și din păcate, de cele mai multe ori, copilul va pierde vederea fie prin enucleație (îndepărtarea ochiului bolnav), fie va avea o vedere scăzută pentru tot restul vieții. Frecvent, părinții copiilor cu forme avansate de retinoblastom au recunoscut că au observat ceva în neregulă la copilul lor cu câteva luni înainte, dar nu au venit la medic de teamă sau pentru că au crezut că nu este ceva important. Sănătatea copilului este în mâinile dumneavoastră. Urmăriți-vă copilul cu atenție și adresați-vă medicului pentru a ști ce este de făcut.

ore de la observarea reflexului alb pupilar, eventual arătați poza medicului oftalmolog, să înțeleagă mai ușor despre ce poate

Clinica de Oftalmopediatrie OFTAPRO.
021 252 52 01, 021 252 52 17, 031 8057824,
Bd. Mărășești 15, sector 4, București

Gemoterapie pentru dinți și gingii sănătoase

Prevalența afecțiunilor oro-dentare în România este estimată la cca. 90% pentru caria dentară și 60% pentru afecțiunile parodontale la pacienții de peste 35 de ani, afecțiuni care ocupă locuri fruntașe, comparativ cu celelalte îmbolnăviri ale organismului.

Farm. Carmen Ponoran
www.plantextrakt.ro
www.gemoterapie.ro



Atunci când avem o durere de dinți puternică sau gingiile sunt inflamate, vrem ca durerea să dispară cât mai repede, solicităm farmacistului un produs pentru atenuarea durerii și apoi mergem, în cele mai multe cazuri, la stomatolog. Pentru a nu ajunge des la acest scenariu, gemoterapia propune o asociere de extracte din muguri, terapia naturală - **Polygemma - Dinți, gingii.**

Caria dentară

Conform *American Dental Association*, 97% din populație dezvoltă în decursul vieții carii dentare, fiind astfel una din cele mai răspândite afecțiuni la nivel mondial.

Metodele de evaluare a cariilor dentare, precum și strategiile de prevenire, pot contribui la reducerea riscului paci-

entului de a dezvolta o boală avansată și pot chiar opri evoluția acestora. Acest demers trebuie început de la vârste fragede, asigurând copilului o dentiție sănătoasă, care trebuie ulterior menținută în condiții cât mai bune.

Afecțiunile parodontale

Gingivita este cea mai ușoară formă de **boală parodontală**. Face ca gingiile să se înroșească și să sângereze ușor. În acest stadiu, de obicei, există puțin disconfort sau deloc. Gingivita este adesea cauzată de igiena orală inadecvată, este reversibilă cu tratament și o bună îngrijire orală. Netratată însă, gingivita poate avansa la parodontoză și poate duce la pierderea dinților și la alte probleme de sănătate, căci poate crește inflamația în organism, ceea ce mărește riscul de dezvoltare a complicațiilor mai grave de sănătate, inclusiv boli cardiovasculare.

O terapie naturală de întreținere

Cel mai bun mod de a preveni, atât cariile dentare, cât și bolile parodontale, este atenția acordată îngrijirii dinților și gingiilor.

În urma unei colaborări a medicilor, farmaciștilor și stomatologilor, cunoscători și pasionați de gemoterapie, a fost creată la PlantExtrakt formula originală inovativă, pentru sănătatea dinților și gingiilor, **Polygemma - dinți,gingii.**

Ceea ce are inovativ această terapie naturală este complexitatea compoziției și administrarea de uz intern. Conține extracte gemoterapice din muguri de Brad, de Mesteacăn pufos, de Stejar și Fosfat de calciu (Sare Schüssler). Prin acțiunea **remineralizantă**, de **reglare a metabolismului fosfo-calcic**, asigură dezvoltarea unei danturi sănătoase, atât la copii cât și la adulți, contribuind la susținerea integrității smalțului dentar, iar prin acțiunea **antiinflamatoare** și **cicatrizantă**, susține sănătatea gingiilor.

NOU!

Soluție pentru uz intern **Polygemma DINȚI, GINGII**



- Gingii sănătoase
- Integritatea smalțului dentar
- Dezvoltarea unei danturi sănătoase la copii
- **1-2 ml x 2/ zi, dimineața și la prânz, înainte de masă**

Apelați la Polygemma - dinți, gingii:

- în afecțiunii ale parodontiului marginal - gingivite, parodontoză,
- în inflamații gingivale sau pentru prevenirea acestora, ca urmare a purtării aparatelor dentare sau a protezelor dentare,
- în caz de demineralizări dentare, fie datorate unei diete dezechilibrate, fie de natură fiziologică sau având alte cauze,
- în întârzieri ale erupției dentare la copii (peste 2 ani – sub această vârstă, se recomandă Extractul din muguri de Brad).

Modul de administrare recomandat este de 2ml de 2 ori pe zi, dimineața și la prânz (pentru adulți și copii peste 7 ani) și 1ml de două ori pe zi, dimineața și la prânz (pentru copii între 2 – 7 ani). Soluția se diluează în puțină apă și se

menține un scurt timp în gură, pentru absorbție și de la nivelul gurii, apoi se înghite. Pentru un efect optim, se recomandă **cure de 2 luni**, repetate la nevoie în cazul afecțiunilor cronice parodontale.

În caz de leziuni ale gingiilor, cauzate de afte, gingivite și alte afecțiuni parodontale, sau datorate aparatelor sau protezelor dentare, recomandăm și aplicațiile locale cu **Plantagingival**, iar pentru igiena cavității bucale, apa de gură concentrată, **Mira**. Plantagingival conține extracte naturale de Gălbenele, Tătăneasă și Revent în glicerină farmaceutică, folosindu-se prin badijonaj al zonelor inflamate, cu ajutorul pensulei incluse în dop. Efectele sunt multiple: antiinflamator, antibacterian, antifungic, hemostatic (oprirea sângerării gingivale). Mira este o apă de

gură concentrată, un extract din gumi-rezina de Smirna, cu remarcabil efect antibacterian și ușor analgezic.

Parte componentă a domeniului medical, stomatologia are ca principal rol diagnosticul, tratamentul și prevenția afecțiunilor care apar la nivelul cavității bucale. Plantextrakt, prin terapiile naturale: **Polygemma - dinți, gingii, Plantagingival și Mira**, aduce o completare a disciplinei de întreținere și igienă dentară ale fiecărei persoane, precum și o posibilă abordare integrativă în tratamentele stomatologice.

Polygemma - dinți, gingii vine să completeze gama terapiilor naturale "Polygemma" - asocieri de gemoterapice cu recomandări variate pentru susținerea sănătății organismului (la nivel respirator, digestiv, renal, vascular, nervos etc).

„Nu putem menține colesterolul în limite normale numai prin dietă!“

Interviu realizat cu Prof. Dr. Dragoș Vinereanu, Președintele SRC

În România, accidental vascular cerebral (AVC) răspunde de două treimi din decese iar fibrilația atrială este una dintre bolile cele mai perfide ale cardiologiei cu consecințe extrem de grave. Cum o putem diagnostica și trata astfel încât să se reducă mortalitatea și invaliditatea prin AVC?

Fibrilația atrială este o boală frecventă. Peste vârsta de 80 de ani, cam 1 din 10 oameni sunt în fibrilație atrială. Pe de altă parte, fibrilația atrială nu e un dezastru, ea poate fi tratată și controlată. Marea complicație constă în faptul că sângele stagnează în interiorul inimii și se formează cheaguri care pot determina evenimente embolice, cel mai frecvent - accident vascular cerebral, care este complicația principală a fibrilației atriale. Pentru a preveni apariția evenimentelor embolice și în special a AVC la pacienții în fibrilație atrială, trebuie să administrăm un tratament anticoagulant. La ora actuală avem două categorii de medicamente cu efect anticoagulant - pe de o parte antivitaminalele K, ce au dezavantajul că pacientul trebuie monitorizat atent și totodată are o variabilitate mare în funcție de alimentație, diferitele obiceiuri zilnice, efort etc. Pe de altă parte, avem ceea ce numim noile anticoagulante orale (au deja 10 ani de când au apărut pe piața europeană) și care au avantajul că nu necesită această monitorizare, pacientul nu trebuie să meargă lunar la analize. Anticoagulantele orale sunt mult mai stabile dpdv al interacțiunilor cu



alte medicamente sau cu alimentația pacientului. În plus, au un risc mai mic de sângerare, în special intracraniană (cea mai severă) și de care ne temem la un pacient pe tratament anticoagulant.

Este știut că să scăderea colesterolului LDL contribuie la diminuarea riscului AVC. Care sunt recomandările dumneavoastră pentru scăderea colesterolului LDL?

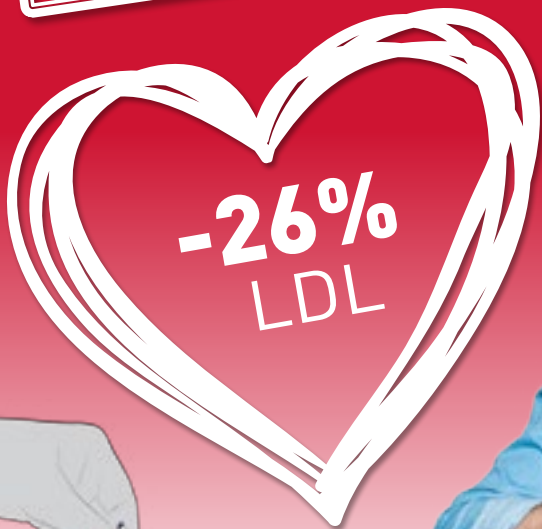
În primul rând rămâne dieta, din păcate colesterolul LDL în mare parte este sintetizat de către organism și doar 10-15% este adus de către alimente. Deci, dieta rămâne unul dintre elementele importante prin care putem reduce într-o oarecare măsură colesterolul LDL. Sunt astăzi diferite clase de medicamente cu eficiență deosebită în controlul colesterolului, dintre care clasa mare a statinelor este cea mai importantă și are indicații foarte clare în ceea ce privește recomandările medicilor cardiologi.

Lactoflorene®

COLESTEROLO

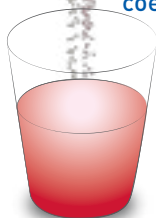


Fii atent cu inima ta!
Cholesterolul „rău” nu doare.



Camera A
fermenți
lactici vii

Camera B
monacolina K
niacina
coenzima Q10



Un plic **DUOCAM®**
pe zi

- ▶ Monacolina K din Orezul-roșu fermentat contribuie la menținerea concentrațiilor normale ale colesterolului din sânge.
- ▶ Fermenții lactici vii favorizează echilibrul florei bacteriene intestinale.
- ▶ Vitamina PP contribuie la metabolismul energetic normal.
- ▶ Fără gluten și fără lactoză.

Acesta este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul.

MONTEFARMACO OTC S.p.A., BOLLATE – Sucursala București
Str. Traian Popovici, nr. 79-91, Bl. "Le Fontane", sector 3, București. Tel.+4031 426 03 62

MONTEFARMACO
Are grijă de sănătatea ta

Există programe naționale de prevenție și combatere a bolilor neurologice

Interviu realizat cu doamna Conf. Dr. Cristina Tiu, Președinte al Societății Române de Neurologie

(Continuare din numărul anterior)

AVC este a doua cauză de deces în România, după infarctul miocardic. Cum se poate reduce acest număr de cazuri, ce măsuri luați?

La un moment dat aceasta a fost chiar prima cauză de deces în România, am fost printre țările în care mortalitatea prin accidente vasculare cerebrale o depășea pe cea prin infarct de miocard. În ultimii ani lucrurile s-au mai schimbat, odată cu inițierea de către Ministerul Sănătății a unui Program de Acțiuni Prioritare pentru tratamentul acut al pacienților cu afecțiuni considerate urgențe medico-chirurgicale în care se încadrează și infarctul miocardic și accidentele vasculare cerebrale.

Acest program (AP- AVC acut) a început în 2015 cu 10 spitale în care se putea face tromboliză în accidentul vascular cerebral acut, iar anul acesta programul s-a extins în încă 33 de spitale, astfel încât în prezent sunt 43 de spitale în care se va primi finanțare pentru a se efectua tratament intervențional de revascularizare prin tromboliză în accidentul vascular cerebral acut. Sunt doar câteva spitale

judetene care nu sunt acoperite încă și doar patru centre din cele 43 care pot efectua și tratament de revascularizare pe cale endovasculară (trombectomie sau trombaspirație), dar sperăm ca numărul centrelor să crească, pentru a corespunde nevoilor reale ale populației.



Ce acțiuni se pot iniția pentru a realiza nivel de populație prevenția în cazul AVC?

La nivel european există un proiect de luptă contra stroke-ului, în care au fost stabilite anumite obiective, dintre care, prevenția în AVC este un obiectiv foarte important. Educația populației pentru un stil de viață sănătos, cu o alimentație echilibrată și mai multă

mișcare, educația pentru recunoașterea rapidă a semnelor unui accident vascular cerebral, reducerea poluării sunt măsuri ce necesită implicarea mai multor structuri, inclusiv guvernamentale. Pe lângă acestea, sunt necesare măsuri pentru creșterea procentului de pacienți cu accident vascular cerebral ischemic care pot fi tratați prin tromboliză, ținta europeană fiind de 15% din totalul pacienților cu AVC. Este necesară de asemenea creșterea numărului de unități sanitare ce pot oferi servicii de recuperare neurologică. Planul de acțiune pentru AVC 2018- 2030 reunește în fapt câteva obiective mari, care cuprind toți pașii începând de la prevenție, tratamentul în acut, și recuperarea neurologică post-acută, iar Societatea de Neurologie din România este pe deplin implicată în elaborarea unor protocoale pentru creșterea calității îngrijirilor acordate pacienților cu accidente vasculare cerebrale, precum și în consilierea autorităților privind măsurile necesare pentru prevenția primară și secundară a acestui grup de afecțiuni cu consecințe de cele mai multe ori devastatoare.

Bio Active MC, produs japonez de excepție!

Am ținut legătura cu doi dintre pacienți și iată ce ne-au comunicat:

Cazul 1

Doamnă, 47 ani din județul Arad, a fost diagnosticată cu cancer mamar. A făcut două ședințe de chimioterapie și s-a simțit foarte rău. Nu putea mânca și avea amețeli. A urmat un tratament cu câte 2 pliculețe/zi de Bio Active MC Oyama Agaricus și, după 7 zile, starea dumneai s-a ameliorat, a reușit să mănânce, somnul e odihnitor și nu mai are amețeli. A crescut în greutate cu 500 gr și și-a reluat activitatea.

Cazul 2

Domn, diabet tip 2, 75 de ani din județul Bihor. A urmat un tratament cu câte 2 pliculețe/zi de Bio Active MC Oyama Agaricus și, într-o perioadă de 14 zile, glicemia a scăzut de la 130 mg/dl la 100-110 mg/dl. Rezultatul în cazul diabetului se menține o perioadă limitată de timp, trebuie respectat și regimul alimentar.

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



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

Daniela Cismaru Inescu

SC Euro Japan Trading,

Tel/Fax: 0368/ 452 849

Mobil: 0723.93.30.17

E-mail: office@ejtrading.eu

Web: www.ejtrading.eu

De ce Bio Active MC?

- Deoarece sănătatea este mai bună decât toate și meriți să ai parte de ea!
- Deoarece conține 100% extract din ciuperca Agaricus Blazei Murill, denumită „Ciuperca lui Dumnezeu”,

- cunoscută pentru acțiunea anti-tumorală puternică.
- Deoarece ciuperca este cultivată în mediu natural, nu în seră, fără îngrășăminte chimice.
- Deoarece **Bio Active MC** îți

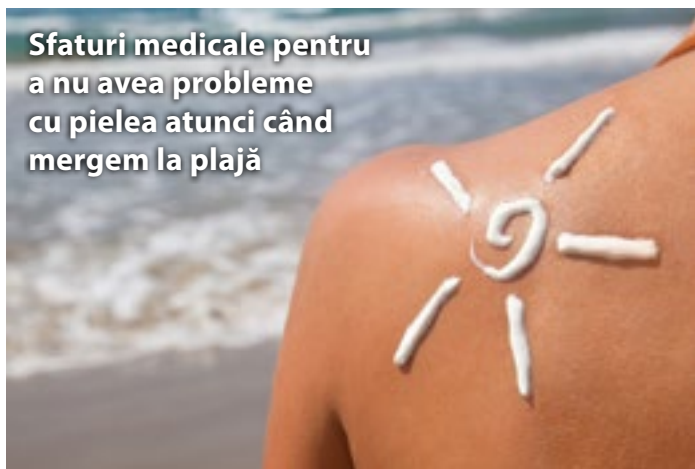
- oferă garanția calității japoneze, prin mărcile primite de la asociații de Medicină Alternativă și Complementară din Japonia.
- Deoarece îl achiziționezi din farmacie sau plafar, cu indicații de administrare personalizate.
- Deoarece vezi minime

îmbunătățiri ale stării de sănătate în 10-12 ZILE!

- Deoarece sănătatea este mai bună decât toate și meriți să ai parte de ea!
- Conține 120 de elemente necesare organismului (minerale, aminoacizi, oligoelemente) și este ușor de înghițit și ușor de asimilat!

Protecția solară și importanța ei

Sfaturi medicale pentru a nu avea probleme cu pielea atunci când mergem la plajă



Plaja sau expunerea la soare, în timpul vacanței sau a concediului, pentru majoritatea dintre noi, poate fi un moment critic și nefericit – chiar dacă nu îl percepem așa. Expunerea la soare, adeseori, este rapidă, brutală, total nepotrivită, oferind o cantitate mare de radiație ultravioletă pe un tegument neantrenat în prealabil.

Dr. Răzvan Bucur,
Medic specialist
dermato-venerologie
Centrul Medical Sanconfind,
Poiana Cămpina



In prezent, de cele mai multe ori, plaja se soldează cu arsuri solare, care în timp cresc riscul de cancer cutanat.

Această expunere la soare trebuie să respecte câteva reguli:

- să fie graduală (în prima zi 2 ore, în a doua zi 2 ore și 30

min și așa mai departe),

- să fie evitată în perioada orară 11 - 17,
- să se facă pe un tegument apărat de un factor de protecție solară adecvat fototipului fiecăruia (cu alte cuvinte, o piele pigmentată în mod natural poate folosi un SPF 20, dar una albă – cu puțin pigment – în mod automat SPF 50+).

Ameliorarea efectelor nedorite (usturime, roșeață) ale expunerii la soare după o zi lungă de plajă

Senzația de usturime este dată de faptul că pielea a primit mult mai multe radiații ultraviolete decât poate ea să adapteze. Așadar, va trebui, fie să reducem perioada petrecută la soare a doua zi, fie să schimbăm momentul expunerii (expunerea la soare – plaja – se va face numai dimineața, până la orele 11 și după-amiaza, după orele 17). Dacă există și roșeață la nivel cutanat, atunci a doua zi chiar putem lua o pauză sau putem acoperi zona cu eritem (roșie) cu un obiect vestimentar de preferință din bumbac). Folosirea unor creme cu factor de fotoprotecție este absolut obligatorie (crema trebuie să aibă un factor minim 30 SPF). Această cremă trebuie aplicată cu 20 min înainte de expunerea la soare, reaplicată la 2 ore și mai ales atunci când ieșim din apă. În cazuri severe – usturile sunt înlocuite de arsuri și durere, trebuie să ne prezentăm la medicul dermatolog. O cură scurtă de cortizon sistemic poate ușura durerea unei arsuri solare.

Piscina este deasemeni un factor care poate afecta sănătatea pieii.

Dacă sesizăm apariția unor „semne“ sau mâncărimi pe piele, până la ajungem la doctor, va trebui să acoperim zonele cu semne sau iritații (deoarece pot fi de la soare), și putem autoadministra un antihistaminic oral (desloratadină, loratadină, levocetirizină), iar local putem aplica mixtură mentolată, cremă emolientă sau un cortizonic slab.

Vizita la medic este obligatorie!



PRIMUL AJUTOR PENTRU LEZIUNI ȘI ARSURI

THERESIENÖL MED - SER REPARATOR CU EXTRACTE DIN PLANTE CU PROPRIETĂȚI SPECIFICE:

- Ajută la reducerea durerii și a riscului de infecție
- Calmează senzația de mâncărime de diferite tipuri
- Stimulează vindecarea rănilor
- Accelerează regenerarea pielii
- Hidratează țesuturile pe care se aplică
- Stimulează refacerea leziunilor ce evoluează lent spre vindecare
- Accelerează procesul de resorbție a hematoamelor

INDICAȚII

- ✓ Arsuri
- ✓ Leziuni traumatice ale pielii
- ✓ Contuzii
- ✓ Post intervenții chirurgicale
- ✓ Hematoame

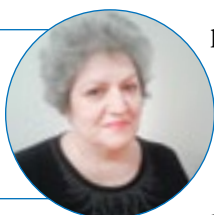
MOD DE UTILIZARE:

Se recomandă tratarea zonei afectate de 2 ori pe zi.
Produsul se poate aplica direct pe răni sau pe un pansament.

Intoleranța la lactoză

Stare caracterizată prin incapacitatea organismului de a absorbi și metaboliza lactoza din alimente datorită absenței/insuficienței enzimelor numite lactaza din tubul digestiv. Astfel, digestia zahărului din lapte și alte produse lactate este incompletă, fapt care duce la apariția unor simptome digestive precum balonare și/sau diaree. Este cea mai răspândită formă de deficit enzimatic, condiționată genetic.

Dr. Chițanu
Liliana-Elena,
medic primar MF,
Medic formator



Se estimează că 75% din adulții din întreaga lume suferă o scădere a cantității de lactază produsă de organism la vârsta adultă – ceea ce reprezintă de fapt evoluția normală. Manifestările clinice apar de obicei la copilul mare, concomitent cu scăderea fiziologică a producției de lactază dar debutul se poate produce și la vârsta adultă.

Tratamentul dietetic presupune eliminarea din alimentație a tuturor produselor care conțin lactoză precum și folosirea formulelor speciale de lactozate. Tratamentul medicamentos se referă la folosirea preparatelor ce conțin lactază, enzima care permite absorbția și metabolizarea lactozei din alimentație.

Tratament

În prezent nu există nici un tratament care să vindece intoleranța la lactoză. Persoanele care suferă de această deficiență

pot doar ameliora simptomele, reducând cantitatea de produse lactate pe care le consumă. Eliminarea acestora din dieta zilnică, însă, poate duce la dezechilibre ale organismului, de aceea, în această situație, sfatul medicului specialist este foarte important. Dieta fără lactoză impune monitorizarea calcemiei.

În cazul intoleranței la lactoză se recomandă o dietă luându-se în considerare componentele alimentelor ingerate.

Nu trebuie uitat că lactoza este de multe ori adăugată în diverse alimente ca emulgator fără a fi trecută neapărat pe ambalaj.

1. Alimente cu conținut mare de lactoză:

- lapte și produse lactate (lapte, smântână, brânză proaspătă, budincă, cașcaval, brânză topită, preparate cu lapte)
- semipreparate (pizza, semipreparate înghețate, conserve);
- dulciuri (înghețate, ciocolată, bomboane, nuga, prăjituri diverse).

2. Alimente cu conținut scăzut de lactoză:

- pâine și produse de panificație - unele pot conține lapte/produse din lapte;
- brânzeturi maturate: brânză

cu mușci, cașcaval Emmentaler, brânză Cedar;

- carne și produse din carne: cârnăciori, parizer, conserve de carne, salam;
- produse instant: supe și creme instant, sosuri, fulgi de cartofi pentru piure;
- sosuri semipreparate: maioneze, sosuri pentru fripturi/grătar/salate;
- alte produse: amestecuri de fulgi müsli, creme de brânză, preparate cu margarină;
- iaurtul și untul au un conținut redus de lactoză și de obicei sunt bine tolerate. **Iaurtul făcut cu culturi bacteriene active și vii reprezintă o bună sursă de calciu pentru oamenii cu intoleranță la lactoză.** Când acest tip de iaurt ajunge în intestine, culturile bacteriene convertesc lactoza în acid lactic, astfel încât iaurtul poate fi bine tolerat datorită conținutului scăzut de lactoză față de iaurtul fără culturi vii. Iaurtul congelat nu conține culturi bacteriene vii.

3. Formule de lapte fără lactoză:

(sirop de glucoză/maltodextrină/fructoză, uleiuri vegetale, proteine din lapte/zer/soia, aminoacizi, minerale, vitamine, fier, culturi probiotice) formule utilizate atât pentru alimentația sugarului cât și pentru copii mari și adulți. Unele formule sunt și fără gluten, recomandate în diaree.

4. Produse lactate fără lactoză -smântână, iaurt, chefir, brânzeturi, etc

5. Tratament medicamentos: suplimente alimentare cu cantități diferite de lactoză

Relaxează-te în vacanță Fii fără griji cu Omni Biotic 10 în bagaj

Reface flora intestinală și
reglează rapid tulburările de
tranzit intestinal.



Remedii ayurvedice

În tusea și alergiile din sfera ORL

Acronimul ORL provine de la cuvântul **Otorinolaringologie** și este specialitatea medicală care se ocupă cu prevenirea, diagnosticarea și tratamentul afecțiunilor nasului, gâtului, și urechii. Aceste trei organe sunt învecinate, iar eventualele afecțiuni care pot apărea la nivelul unuia se pot transmite cu ușurință și la celelalte.

Farmacist
Andreea-Elena Iorgu,
Product Manager



Fosele nazale sunt prima cale de intrare a virusurilor, bacteriilor și alergenilor. Fosele nazale au și rol protector împotriva agenților patogeni. Ele sunt protejate de un mucus, iar în urma expunerii la diverși microbi se va secreta mucus în cantități mai mari, ca mecanism de reglare și apărare. În timpul inspirului, aerul trece prin fosele nazale, ajunge la rinofaringe, iar prin intermediul acestuia în orofaringe, apoi în laringe, iar procesul se reia în sens invers în timpul expirului.

Cele mai frecvente afecțiuni ORL

Răceala obișnuită este o infecție virală a căilor respiratorii superioare (sinusuri, nas și gât). Se manifestă prin tuse seacă sau productivă, rinoree, obstrucție nazală, strănut, disfonie, odinofagie, iritabilitate, tulburări de somn. Răceala comună poate dura până la 7-14 zile, însă tusea reziduală după un astfel de episod poate ține chiar și mai multe săptămâni. Pentru identificarea unei infecții bacteriene și necesitatea folosirii unui antibiotic, se deter-

mină valoarea Proteinei C reactive (CRP), scăzând riscul de a utiliza antibiotice inutile, antibioticele fiind eficiente doar în cazul infecțiilor bacteriene nu și în cazul infecțiilor virale. Studiile arată ca 46% din afecțiunile virale sunt tratate inutil cu antibiotice.

Rinitele sunt patologii cauzate de diverse virusuri cu tropism respirator (rinovirusuri, adenovirusuri și mixovirusuri). Acestea debutează cu alterarea stării generale, obstrucție nazală, rinoree apoasă, strănut și febră. După câteva zile se observă îngroșarea secrețiilor nazale ce devin mucoase sau mucopurulente. Tratamentul are la bază medicație simptomatică: antipiretice, antiinflamatoare, decongestionante nazale, aport hidric crescut, vitamine sau mucolitice după caz.

Sinuzitele reprezintă inflamația mucoasei ce tapetează sinusurile paranasale. Sinuzita apare din cauza colonizării sinusurilor de virusuri sau bacterii (stafilococi, streptococi etc). Simptomatologia este reprezentată de apariția durerii cu caracter pulsatil la nivelul regiunii nazo-orbito-frontale, unghiului intern al orbitei, senzație de presiune la nivelul hemifaciesului, cefalee, obstrucție nazală uni- sau

bilaterală, rinoree mucopurulentă, febră. Tratamentul reprezintă combaterea simptomelor prin antibioterapie, antiinflamatorii, decongestionante nazale, aerosoli, mucolitice, iar în situațiile în care nu apare un răspuns eficient la terapia medicamentoasă, se recurge și la tratamentul chirurgical. În lipsa unui tratament adecvat, sinuzitele acute se pot croniciza și poate apărea afectarea altor sinusuri.

Rinofaringolaringitele sunt frecvent virale. Infecțiile virale scad apărarea locală faringiană și favorizează infecțiile bacteriene. În cazul etiologiei virale, acestea debutează prin subfebrilitate, disfagie ușoară sau moderată, odinofagie, însoțite de obstrucție nazală, rinoree seroasă sau seromucoasă, tuse iritativă, disfonie. Rinofaringolaringitele de etiologie virală se vor trata simptomatic, utilizând antiinflamatorii, antiseptice orofaringiene, decongestionante nazale, aerosoli, iar antibioterapia este rezervată doar suprainfectării bacteriene.

Adenoidita acută apare în cazul copiilor când amigdala faringiană se inflamează. Inițial, apare obstrucția nazală bilaterală, rinoreea mucopurulentă atât la nivelul foselor nazale, cât și la nivelul peretelui posterior al faringelui și febra. Se recomandă

administrarea de decongestionante nazale, antiinflamatorii, antitermice, mucolitice, iar în cazul recidivelor este necesară eliminarea acestora prin tratament chirurgical.

Tusea este una dintre cele mai frecvente cauze ale pacienților care se prezintă la medic. Ea poate fi expresia unei patologii pulmonare sau extrapulmonare, dar în același timp este și un mecanism de protecție eficient îndepărtând



mucusul în exces, substanțele iritante și agenții infecțioși din tractul respirator. Tusea poate fi de două tipuri în funcție de durată: **Tusea acută** este în majoritatea cazurilor trecătoare (ca cea determinată de infecțiile respiratorii) sau **Tusea cronică** reprezentând o problemă complexă, de cele mai multe ori pacientul fiind îndrumat către medicul specialist pneumolog. Însă **NU** trebuie ignorate afecțiunile din sfera ORL (rinosinuzitele cronice, disfuncția de corzi vocale) drept cauze de tuse cronică.

Astfel, specialiștii Ayurved, au dezvoltat siropul de tuse **COUGHEND™**, care și-a dovedit eficiența crescută de-a lungul celor 20 de ani de existență.

COUGHEND™ Sirop - Protector natural al căilor respiratorii. Este un produs natural din plante medicinale indiene

care susțin sănătatea căilor respiratorii și contribuie la decongestionarea acestora, prin fluidificarea mucusului (mucolitic) și favorizarea eliminării acestuia în tusea productivă. Ușurează respirația prin acțiunea mentolului și a camforului. Calmează actul reflex de tuse în tusea secă, reduce uscăciunea și iritarea de la nivelul arborelui respirator. **COUGHEND™ Sirop**, contribuie la menținerea capacității naturale de autoapărare a organismului și de adaptare la condițiile de mediu, prin acțiune antivirală. Acționează ca un bronhodilatator, efice în tusea asmatică, în tusea fumătorului și în tusea alergică având rol antihistaminic. Recomandat atât pentru prevenirea, cât și pentru tratarea tusei, de orice etiologie, la adulți și copii.

Rinita alergică reprezintă o patologie destul de frecvent întâlnită în cadrul pacienților din sfera ORL, adesea este asociată cu astmul, mai ales în perioada de primăvară-toamnă.

Rinita alergică este o inflamație acută sau cronică a mucoasei nazale. Se manifestă prin strănut, secreții nazale apoase sau obstrucție nazală, mâncărime a nasului, ochilor și gâtului și lăcrimare, simptome care apar în funcție de expunerea la alergen. Rinita alergică este o afecțiune ce nu trebuie neglijată. Pe lângă disconfortul creat de simptomatologie, lipsa unui tratament adecvat poate duce, în timp, la permanentizarea anumitor simptome, precum nasul înfundat, dar și la posibila apariție a polipilor nazali și sinusali, frecvent întâlniți în alergია nazală. De asemenea, rinita alergică netratată poate agrava simptomele astmului bronșic. De aceea Ayurved vine în întâmpin-

narea nevoilor dumneavoastră cu un produs natural, antialergic, fără reacții adverse și cu utilizare sigura pe termen lung.

ALERGISALM™ - Sănătate fără alergii. Este o formulă bine tolerată, 100% naturală, conține un amestec de fitonutrienți care contribuie direct la menținerea funcțiilor fiziologice normale la nivel ocular, respirator, cutanat și digestiv în momentul contactului cu alergenii din mediu sau



din alimentație. Acesta inhibă activitatea receptorilor de histamină, împiedicând astfel hiperreactivitatea organismului la alergenii. **ALERGISALM™** contribuie la creșterea toleranței față de alergenii, combaterea alergiilor de toate tipurile (sezoniere, alimentare, medicamentoase etc.) și reducerea simptomelor alergiilor. Susține procesele naturale de detoxifiere hepatică prin eliminarea compușilor alergici din organism. Fitocomplecșii activi susțin sistemul imunitar hipersensibil în procesele de adaptare la condițiile de mediu. **Nu are efect sedativ.**

Pentru o viață lipsită de griji!

STAR INTERNATIONAL MED

www.ayurved.ro

www.star-ayurveda.ro

natural@star-ayurveda.ro

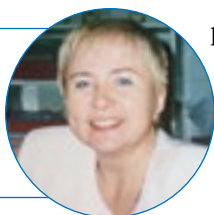
0722 750 111

021 313 94 81

Cum facem diferența între medicamente și suplimente alimentare?

Medicamentul, așa cum este definit în legea 95/2006, este orice substanță sau combinație de substanțe prezentate ca având proprietăți pentru tratarea sau prevenirea bolilor la om.

Dr. farm.
Speranța Prada
Președinte
fundația „Ana Aslan”



Medicamentul are un rol medical

Suplimentul alimentar este un produs alimentar al cărui scop este să completeze dieta normală și care sunt surse concentrate de nutrienți sau alte substanțe cu efect nutrițional ori fiziologic, separate sau în combinație.

Suplimentele alimentare au un rol alimentar

Medicamentele au înscrise pe cutie Autorizația de punere pe piață eliberată de către Agenția Medicamentului.

Suplimentele alimentare au obligatoriu înscris „Supliment alimentar” și notificarea pe propria răspundere către MS sau Serviciul Național pentru Plan-te Medicinale.

Medicamentele sunt obligatoriu însoțite de un prospect ce conține indicațiile terapeutice, doze, mod de administrare,

precauții, reacții adverse, incompatibilități și sunt înscrise afecțiunile pentru care medicamentul este indicat.

Prospectul suplimentelor conține ingredientele și doza recomandată pentru consumul zilnic. Nu trebuie să se atribuie suplimentelor alimentare proprietatea de prevenire, tratare sau vindecarea unei boli.

Conținutul în substanță activă pe comprimat sau fiolă, calitatea și puritatea medicamentelor sunt controlate de către ANMDM, în timp ce la suplimentele alimentare nu există un organism de control al acestor produse.

Conținutul în substanță activă al unui medicament/doza terapeutică, este determinat prin studii experimentale și clinice astfel încât să asigure eficiența terapeutică în timp ce la suplimentele alimentare vorbim despre doza zilnică recomandată, conținutul în substanță a unui supliment trebuie să fie sub Doza Zilnică Recomandată.

Producătorii de medicamente sunt obligați prin lege să dețină un sistem de farmacovigilență activ pentru raportarea oricărei reacții adverse, în timp ce producătorii de suplimente nu dețin un sistem de farmacovigilență și nu declară reacțiile adverse.

Medicamentele au un pret fix stabilit prin Ordin de Ministru pe când suplimentele alimentare nu au un preț fix și nu există limita maximă de preț ca în cazul medicamentelor.

Medicamentele au informațiile de pe ambalaj clare și nu induc în eroare, previn și tratează boli, conțin informații medicale în prospect, conțin doze terapeutice, sunt controlate din punct de vedere al dozei, purității, calității și dețin un sistem de farmacovigilență ce contribuie la siguranța tratamentului.

În loc de concluzie putem spune că medicamentul se adresează pacienților iar suplimentul alimentar se adresează persoanelor sănătoase, iar înainte de a acționa trebuie să ne informăm iar apoi să luăm o decizie.

Rinita alergică la copii

Rinita alergică este o boală din ce în ce mai răspândită în lume, ea afectează aproximativ 10% din populație și este întâlnită încă din perioada copilăriei. De cele mai multe ori primele simptome ale rinitei alergice la copil apar după vârsta de 3 ani. Boala are o componentă genetică, fiind mai frecventă în familiile unde există persoane alergice.

Nu doar polenul e de vină

La bebeluși, rinita alergică este, de obicei, cauzată de o reacție a imunoglobulinei la diverși alergeni prezenți în mucoasa nazală.

Sensibilitatea la alergenii din aer apare sub forma rinitei alergice la copiii mai mari de 2 ani, cu toate acestea este mai comună vârstei de peste 4 ani. În schimb, copiii mai mici de 2 ani, au sensibilitate mare la alergenii din interior cum ar fi: acarieni din praf, animale de companie, gândaci, mucegaiuri și polen.

Medicamentele, detergenții și produsele cosmetice pot cauza alergii și copiilor, nu doar adulților.

Alergie sau doar o răceală? Răcelile trec de obicei în perioade cuprinse între o săptămână și 10 zile. Alergiile, nu.

Recomandare

Pentru rinită alergică la copii, 3F Plantamed recomandă **Narivent** de la DMG D.M.G. Italia partener specializat în dispozitive medicale ce tratează afecțiunile nazale.

Narivent reduce edemul, congestia nazală și alte simptome semnificative la copiii cu rinită alergică.

În urma studiilor făcute pe un eșantion de pacienți cu vârstă pediatrică (vârstă medie 9,6 ani) cu diagnostic de rinită alergică intermitentă sau persistentă, tratați cu **Narivent** timp de 4 săptămâni, în urma evaluării subiective a simptomelor, înainte și după 30 de zile de tratament, s-a dovedit că **Narivent** are rezultate comparabile cu corticosteroidul nazal, dar cu un profil de siguranță mai ridicat.

La adulți se recomandă asocierea cu **Rinopanteină** (unguent sau spray): reface integritatea structurală și funcțională a mucoasei nazale, o lubrificază și o hidratează, este recomandarea de primă intenție în rinita atrofica și hipertrofica, alergica și medicamentoasă.

Narivent reduce edemul și inflamația de la nivelul mucoasei nazale la persoanele cu teren alergic

De primă intenție în:

- Rinită alergică
- Inflamații acute și cronice rinosinuzale
- Tratamentul și profilaxia postchirurgicală a polipozei nazale
- Rinosinuzită acută și cronică
- Tratamentul postoperator al inflamațiilor rinosinuzale

Recomandări, compoziție și administrare, puteți găsi pe: www.plantamed.ro



Întârzie reformele din asistența medicală de psihiatrie

Interviu realizat cu doamna prof. dr. Cătălina Tudose, Președinte Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie

(Continuare din numărul anterior)

Ce probleme există la ora actuală la noi în țară legate de activitatea în centrele în care sunt instituționalizați copiii cu probleme psihice ?

Am aflat că sunt multe discuții referitoare la tratamentul psihotrop considerat a fi aplicat abuziv în aceste instituții. Cu siguranță aceste aspecte trebuiesc foarte rapid remediate.

În opinia mea lucrurile sunt însă profunde și vor fi necesare intervenții complexe și pe termen lung. În primul rând populația de copii instituționalizați este foarte mare, România continuă, după 30 de ani, să aibă un număr foarte mare de copii și adolescenți instituționalizați, comparativ cu celelalte țări europene.

Mă întreb unde sunt familiile acestor copii, de ce nu pot fi ele susținute pentru a-și îngriji copiii?

Pe de altă parte consider că serviciile și instituțiile specializate pentru îngrijirea și educarea copiilor cu tulburări psihice nu sunt tocmai adecvate și poate de aceea se și înregistrează acest abandon. Mă refer la faptul că de cele mai multe ori, aceste centre nu sunt organizate pentru a răpunde nevoilor de reabilitarea medicală, psihosocială, de educație și formare profesională a acestora.



Am constatat o violență atitudinală antipsihiatrică în cadrul acestor discuții.

În fața unei simptomatologii clinice manifeste, cu tulburări grave de comportament, se pare că sunt solicitați psihiatrii care prescriu medicație. Pentru a exclude această abordare, ceea ce este recomandabil, trebuie instituite intervenții non-farmacologice continue și în momente de criză.

Pentru aceasta însă instituția trebuie gândită de la bun început ca o unitate al cărei principal obiectiv este recuperarea acestor copii; acest lucru presupune spații, dotări, și mai ales personal calificat și fonduri substanțiale. Echipa unor asemenea centre trebuie să fie una amplă. În afara personalului de curățenie, din bloc alimentar, pază și în cel mai bun caz a unor psihologi debutanți, echipa ar trebui să cuprindă psihologi clinicieni cu experiență

în domeniu, psihoterapeuți specializați pe diferite tehnici, aplicate individual și în grup, pedagogi cu formare specială, logopezi, kinetoteapeuți, asistenți medicali specializați, cei care ar fi într-adevăr calificați pentru a dezvolta programe speciale de psihoterapii, activități, supraveghere, programe educaționale adaptate, programe de formare profesională adaptate la dizabilitățile și handicapurile lor specifice.

Trebuie înțeles și acceptat că recuperarea acestor copii înseamnă costuri mari; ca să lucrezi cu un copil cu handicap ai nevoie de calificare, multă experiență și devotament. Dacă ai resurse materiale și echipă calificată, nevoia de medicamente va scădea simțitor. Același lucru este valabil și pentru îngrijirea vârstnicilor în instituții. Dacă nu ai echipă, totul devine un eșec, și instituția rămâne doar un spațiu în care se asigură cazarea și hrănirea unor persoane.

Ce ne puteți spune de modul în care este abordată problema îngrijirii persoanelor adulte cu probleme psihice în centre specializate la noi în țară?

S-au făcut multe eforturi pentru modernizarea și diversificarea instituțiilor de îngrijire de lungă durată, aflate sub coordonare a Ministerului Muncii; din păcate nu sunt legături funcționale optime cu sectorul medical,

fără de care nu este posibilă recuperarea psiho-socială a pacienților cu suferințe psihice cronice.

Disociația aceasta dintre îngrijirile medicale și sociale, lăsând pacienții “descoperiți” între servicii rămâne principala noastră problemă.

Desigur există modele de bune practici în diverse zone, dar din nou, ele nu reprezintă strategii de îngrijire unitare și valabile în toată țara.

Este adevărat că și regimul anterior, în comunism se făcea o departajare între patologia acută, curabilă, care intra în atribuțiile Ministeru Sănătății și suferințele cronice, invalidante, de care se ocupa Ministerul Muncii. Treptat, aceste instituții “de cronici” s-au demedicalizat, iar personalul calificat a părăsit și evitat aceste instituții.

După anii '90, am preluat din țările occidentale modelul îngrijirii predominant sociale a cazurilor cu suferințe cronice. Ei au ajuns însă la acest stadiu după 40-50 de ani de dezvoltare a asistenței psihiatrice comunitare, a rețelilor de servicii specializate care asigură integrarea serviciilor medicale cu cele sociale.

A existat un proiect guvernamental de colaborare cu Olanda, în perioada 2004 -2006, pentru a stabili direcțiile de reformă în psihiatria românească. Îmi amintesc că propunerile profesioniștilor români se refereau cu precădere la crearea de centre moderne de intervenție și cercetare, în timp ce colegii din Olanda antrenau în a gândi holistic problematica persoanelor cu suferințe psihice aveau cu totul alte opinii. Prioritatea nr. 1 pentru psihiatrii olandezi ar fi fost, în 2006, oferirea de locuințe protejate pentru cei aprox. 10.000 de persoane cu boli psihice severe, considerați la ei la risc de a ajunge „oamenii străzii”. Pentru că, spuneau ei, înaintea oricărui tratament, oricărui om trebuie să i se asigure nevoile de bază: locuință, hrană”

Neexistând susținere financiară integrată a acestor servicii atât de complexe, așa cum sunt de fapt nevoile oamenilor, s-a produs un blocaj. Și e adevărat că Ministerul Sănătății nu poate susține nevoile pur sociale ale acestor suferinzi (hrană, cazare, deplasări) dar nici instituțiile Ministerului Muncii nu pot coordona, în absența specialiștilor, recuperarea biologică - medicală și psiho-socială a pacienților noștri. Și acest lucru este valabil și pentru copii și pentru adulți și pentru vârstnici.

Continuare în numărul viitor



**PESTE 3000
DE ARTICOLE MEDICALE
DE LA O SINGURĂ SURSĂ**



**Vă invităm la sediul
nostru cu showroom
și spații de depozitare**

Email: office@medisal.ro
Comenzi: comenzi@medisal.ro
Informații: info@medisal.ro
Tehnic: suport@medisal.ro
www.mec 21

Depresia și comorbiditățile somatice

Tulburările depresive se întâlnesc din ce în ce mai frecvent în cabinetele medicale de orice specialitate, în general, și la medicul psihiatru, în special. Boala este de o gravitate majoră care perturbă starea afectivă și intervine asupra modului de acțiune a persoanei. Depresia include tristețea în diverse grade de intensitate și anhedonia. Alături de acestea se pot manifesta sentimentul de vid interior, scăderea inițiativei, fatigabilitate precoce, toleranță scăzută la frustrare, insomnia, scăderea apetitului și bineînțeles scăderea ponderală. Pacientul nu se mai bucură, este retras, are performanțe profesionale scăzute, îi scade stima de sine, ideea este congruentă cu starea afectivă. Conform statisticilor OMS în anul 2004 depresia se situa pe locul 3 pe plan mondial în cadrul cauzelor importante de dizabilitate și pe locul întâi în țările dezvoltate economic. Tot OMS consideră că în anii 2020 depresia se va afla pe locul 2, respectiv după bolile cardiovasculare, surclasând cancerul, hepatopatiile, bolile pulmonare sau diabetul zaharat.

Prof. univ.
dr Mirela Manea
U.M.F. „Carol Davila”
POZĂ PE COPERTA 1
DIN NEUROLOGIE 2019



Debutul depresiei poate începe în jurul vârstei de 20 de ani, fără o limită superioară, cu o medie la 40 de ani. Simptomatologia diferă de la o perioadă de viață la alta cu semnificație deosebită către vârsta a treia. În această perioadă a vieții există riscul major de subdiagnosticare datorită caracteristicilor activității psihosociale ale acestora: retragerea, limitarea implicării în viața socială și a familiei, scăderea apetitului, tulburările de somn. Nediagnoaticarea corectă și la timp a tulburării depresive precipită recăderile și acutizările bolilor somatice preexistente, dar în același timp ajută la declanșarea unora noi, așa cum este Diabetul Zaharat sau Demența.

Din nefericire însă, depresia nu evoluează singură, ci în mod frecvent ea se asociază cu bolile

somatice. Afecțiunile psihice și somatice se potențează în sens negativ una pe cealaltă, netratarea adecvată a tuturor bolilor determină o agravare a lor. În România, în urma unei cercetări efectuate în 2015 pe un lot de peste 20.000 de persoane cu diagnosticul de Tulburare depresivă majoră s-a găsit că 73% dintre acestea au avut cel puțin o comorbiditate somatică. Pe plan mondial, studiul realizat pe un lot de 30.801 pacienți furnizează următoarea situație privind prevalența pe 12 luni: depresia asociată cu insuficiența cardiacă s-a întâlnit într-o proporție de 7,9%, cu HTA în 8,0%, Boala coronariană în 9,3%, Diabetul Zaharat în 9,3%, AVC în 11,4%, Boala pulmonară cronică obstructivă în 15,4%, Boala renală în stadiul terminal în 17,0%.

Depresia și Afecțiunile Cardiovasculare

Depresia nu este o boală care se limitează doar la nivelul sistemului nervos și a sufletului,

ci afectează majoritatea sistemelor organismului. În privința sistemului cardiovascular depresia are un rol important. Ea acționează la nivelul axului hipotalamo-hipofizo-adrenocortical și a sistemului simpatoadrenergic, determină efecte hemodinamice și produce vasoconstricție, hipertensiune arterială, are loc creșterea frecvenței cardiace. Pacienții depresivi prezintă anomalii de coagulare: hiperreactivitatea plachetară și disfuncția endotelială cu rol în apariția și progresia aterosclerozei cu risc de status protrombotic. Depresia poate conduce la dereglări ale sistemului inflamator asociat cu un risc crescut de formarea plăcilor endoteliale cu rol în apariția aterosclerozei, boala coronariană ischemică, diabetul sau alte boli imune.

Urmările evoluției depresiei netratate comorbidă cu bolile cardiovasculare sunt dintre cele mai severe. Astfel, depresia și HTA crește de 3 ori riscul de complicații cardiovasculare, depresia și Angina Instabilă crește de aproximativ 3 ori riscul de

deces. În cazul asocierii depresiei cu Infarctul de Miocard riscul de mortalitate este de 4 până la 6 ori mai mare decât în cazul pacienților care nu au depresie.

Depresia și Diabetul Zaharat

În cazul acestei asocieri vorbim de două afecțiuni în care se întâlnesc multe asemănări. Problema foarte importată o reprezintă evoluția, care în ambele



cazuri, este una de lungă durată ceea ce necesită un tratament adecvat pe toată perioada existenței celor două afecțiuni.

În cazul în care tulburarea depresivă majoră nu este tratată corect ea poate precipita decompensarea Diabetului Zaharat prin scăderea controlului glicemiei. Menținerea unei hiperglicemii scade probabilitatea recuperării și crește probabilitatea recurenței. În situații rare însă, există posibilitatea riscului iatrogen de creștere a glicemiei

în urma administrării de medicamente psihotrope cum sunt unele antidepresive sau antipsihotice atipice.

Depresia și afecțiunile neoplazice

În practica medicală, depresia și afecțiunile neoplazice sunt două afecțiuni severe, asocierea lor se potențează reciproc, iar prognosticul este unul defavorabil. Cancerul este un stimul

stresor de rangul 1 și cu un impact sever pentru viața persoanei. Prezența depresiei, care apare la pacienții cu afecțiuni neoplazice duce la slăbirea sistemului imunitar și implicit la creșterea riscului de a asocia diverse complicații.

Această asociere reduce aderența la tratament prin refuzul administrării medicației și scade calitatea vieții. În cazul acestei situații se descriu câteva faze parcurse de pacientul cu neoplazie: refuzul sau negarea bolii, revolta, sau perceperea bolii ca

o pedeapsă, furia, resemnarea, sindromul depresiv-anxios în care se poate refuza tratamentul. Uneori este destul de dificil în a diagnostica depresia datorită simptomelor care pot fi interpretate ca parte dintre caracteristicile ambelor boli: inapetența, insomniile, oboseala precoce, tendința de retragere socială, lipsa bucuriei și optimismului, reflexie negativă și catastrofică.

Depresia și Demența Alzheimer

Această asociere de tulburări reprezintă o situație specială, aici ne întâlnim cu două afecțiuni psihice în care legătură este foarte strânsă, uneori fiind dificil de a sesiza granița dintre acestea. Depresia la vârsta înaintată constituie un factor predictor, declanșator al demenței. În faza depresiei netratate funcția cognitivă este alterată. La vârsta înaintată, se poate manifesta tendința de a interpreta orice deteriorare cognitivă ca fiind o demență. În aceste condiții, anamneza direcționează diagnosticul și tratamentul adecvat. După o perioadă de timp suficient de lungă, atunci când administrarea medicației se face corect alături de ameliorarea stării afective se îmbunătățește și cogniția. În funcție de simptomatologia cognitivă reziduală se poate afirma sau nu prezența demenței.

Tratarea corectă a ambelor afecțiuni care țintește îmbunătățirea neuroplasticității și a supraviețuirii celulare, prelungește gradul de autonomie al persoanei cu o calitate a vieții cât mai aproape de normalitate.

„La Spitalul Universitar de Urgență București am format un Compartiment ORL practic de la zero, în urmă cu 17 ani”

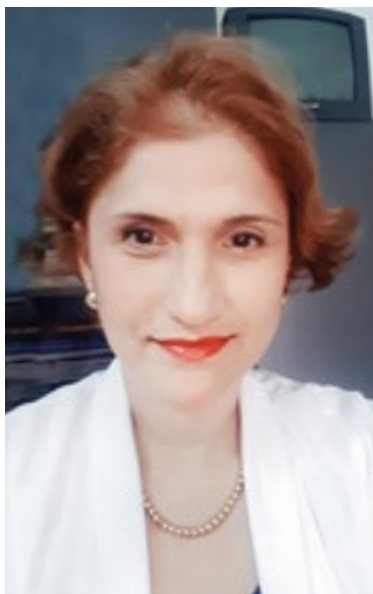
Ne place să spunem că lucrăm în Spitalul Universitar într- un etaj „de cap”, pentru că aici își desfășoară activitatea 4 departamente care se ocupă de extremitatea cefalică: Neurochirurgie, ORL, Chirurgie oro-maxilo-facială și Oftalmologie. Fiecare departament vine cu un tip de competență, iar rezultatul este benefic pentru pacient. **(partea 1-a)**

Interviu cu Dr. Daniela Vrînceanu, Medic primar O.R.L., Doctor în Științe Medicale, Medic coordonator Compartiment O.R.L., Spitalul Universitar de Urgență București, Atestat în Managementul serviciilor de sănătate, vrinceanudana@yahoo.com

Ce ne puteți spune despre patologia tumorală cervico-facială, care este un capitol de bază în activitatea pe care o desfășurați pe plan profesional?

Am 25 de ani de practică în ORL și cred că primele tumori le-am operat chiar din primul an de rezidențiat în specialitate, lucrând sub îndrumarea regretatului profesor Nicolae Ionescu, căruia îi datorez foarte mult din ceea ce fac astăzi. Aici la Spitalul Universitar de Urgență București lucrez din 2002 și am format un Compartiment ORL și o echipă practic de la zero. La momentul actual, lucrăm la un nivel foarte complex al patologiei ORL și sunt foarte mândră să spun acest lucru.

Patologia tumorală cervico-facială (PTCF) este un capitol



foarte complex din specialitatea ORL și Chirurgie Cervico-facială (ORL-CCF). La Spitalul Universitar de Urgență București abordăm foarte frecvent acest capitol - tumorile de cap și gât. Gâtul și capul cuprind împreună foarte multe elemente importante - vase mari și nervi de importanță vitală. Chirurgia, în general și chirurgia tumorilor de cap și gât, în particular, trebuie să aibă în vedere nu doar scoaterea tumorii, ci și conservarea acestor elemente anatomice

importante.

PTCF a cunoscut o creștere foarte mare a incidenței în ultima perioadă și, din păcate, descoperim tumori maligne foarte mari la pacienți foarte tineri. O explicație poate fi în noxele în mijlocul cărora trăim și în clasicele ”fumat și consum de alcool”. Incidența a crescut și în mediul urban, nu doar în cel rural în care condițiile de informare și de îngrijire a sănătății sunt mai precare.

O altă observație legată de PTCF este că pacienții vin cu tumori impresionant de mari. Anul acesta am operat câteva tumori cervicale gigante și te întrebi cum au putut să stea pacienții cu tumori de aproape 1 kg, dezvoltate în 10-15 ani și nu s-au prezentat la medic mai devreme? Chiar și criteriul estetic ar fi trebuit să-i aducă la medic dar poate acesta contează prea puțin. Pacientul vine la medic atunci apar anumite semne de alarmă: când îl doare sau când apare o paralizie facială, ceea ce înseamnă că tumora are un moment în evoluție în care invadează niște structuri importante și abia acest lucru aduce pacientul la doctor. Din păcate,

atunci când vine cu astfel de semne de alarmă, tumora care poate a fost benignă, între timp s-a malignizat.

Când abordăm o patologie tumorală cervico-facială scopul este inițial ablativ, adică de îndepărtare a tumorii în limite de siguranță și apoi este timpul reconstructiv, la care poate interveni și chirurgul plastician pentru că uneori rămâne un defect de substanță mare după scoaterea tumorii care trebuie

rurgul ORL, o astfel de echipă poate include un chirurg oro-maxilo-facial, chirurg vascular, chirurg plastician, chirurg toracic, neurochirurg. Este un foarte mare avantaj pe care îl oferă spitalul nostru, pentru că având aici medici din toate specialitățile putem forma aceste echipe multidisciplinare. În cazul unei operații de glandă lacrimală sau de orbită, colaborăm cu chirurgul oftalmolog. Anul viitor în februarie vom

rurgul și chirurgul oftalmolog. Avem cazuri foarte complexe, spitalul este un fel de punct terminus pentru cazurile complicate, primim pacienți care au trecut deja prin 2-3 unități spitalicești, unde au avut deja intervenții. Este foarte important faptul că beneficiem de aportul unor medici cu mai multe competențe, lucru care este în favoarea pacientului.

În echipele multidisciplinare despre care am vorbit, un aport extrem de important îl are medicul imagist pentru că în planingul terapeutic al tumorilor cervico-faciale avem nevoie de o imagistică performantă. Sigur că pacientul vine cu un CT sau un RMN însă dacă noi urmărim niște elemente anume - dacă un anume nerv sau arteră sunt infiltrate, vorbim cu colegii noștri imagiști și insistăm asupra acelor elemente. Se pot face secțiuni fine pe anumite regiuni. De asemenea, beneficiem aici



corectat. O astfel de operație se întinde pe o durată de 5-6-7 ore și uneori și resursele fizice ale medicilor sunt limitate, cu tot antrenamentul pe care îl avem. Este foarte important ca și la sfârșitul operației, după 6-7 ore de sală mintea să fie limpede și mâna sigură.

Cum reușiți să acoperiți o arie atât de complexă și variată a chirurgiei capului?

Aici în Spitalul Universitar, lucrăm foarte mult în echipe multidisciplinare. Pe lângă chi-

organiza în Amfiteatrul Clinic al Spitalului Universitar o conferință a chirurgiei de graniță în patologia rino-sinuso-orbitară, la care vor participa chirurghi din toate cele 4 specialități menționate la începutul discuției noastre. Abordăm în egală măsură traumatismele nazo-etmoido-orbitare, maxilo-orbitare, maxilo-zigomatico-orbitare, abordăm tumorile care pot fi și la nas dar și în orbită, abordăm patologia căilor lacrimale. Abordăm deci orbita și periorbita, împreună cu neurochi-

în spital de un tip de investigație, dar și de metodă terapeutică precum angiografia cu sau fără embolizare, care aparțin de departamentul de Radiologie Intervențională. Se introduce un cateter prin care se vede vascularizația din zona capului și a gâtului - sistemul carotidian și, dacă este posibil, înainte de operație, se astupă principalele surse care alimentează tumora și astfel scădem riscul sângerării și creștem șansele de operabilitate.

Continuare în numărul viitor

Evoluția chirurgiei endoscopice în ORL este spectaculoasă

Prof. Dr. Caius- Codruț Sarafoleanu este șeful Clinicii ORL și Chirurgie Cervico-facială și director al Centrului de excelență pentru patologia căilor respiratorii superioare din Spitalul „Sfânta Maria” București (CESITO) și al Centrului de Excelență în Chirurgia endoscopică ORL al UMF „Carol Davila” București. Este secretar general al Societății Române de Rinologie, fondator al acesteia în 2010, membru al Comitetului Director al Societății Europene de Rinologie, redactor șef al revistei „Romanian Journal of Rhinology”, indexată în BDI.

Între două operații, și-a luat o scurtă pauză pentru a ne acorda un interviu în revista ORL 2019 Medical Market.

Domnule profesor, vă rog să vorbiți despre evoluțiile din chirurgia endoscopică în ORL, având în vedere sistemul vestibular special care formează anatomia celor 3 părți care compun zona ORL: ureche, nas, laringe și care permit un acces pe căi naturale.

Evoluția chirurgiei endoscopice în ORL este spectaculoasă și este un subiect serios de dezbatere. Este ca și în alte specialități, chirurgia momentului, o chirurgie minim invazivă, cu viză funcțională, cu conservarea pe cât posibil a funcției organului asupra căruia facem intervenția chirurgicală. Dezvoltarea tehnică și tehnologică din specialitatea ORL s-a axat în mod particu-

lar pe instrumentarul necesar tehnicile chirurgicale dar și pe posibilitatea de reconstrucție a regiunilor anatomice acolo unde este cazul, cu biomateriale de înaltă fiabilitate și foarte ușor acceptate de organism.

Evoluția în România a chirurgiei endoscopice în ORL a început în anul 1993, cu primele examene endoscopice și operații limitate în general la sinusul maxilar și apoi la celelalte sinusuri. În momentul acesta suntem în faza în care pe lângă toată patologia inflamatorie infecțioasă ORL (rinite și rino-sinusite), operăm tumori, mai ales tumori benigne și în anumite cazuri, cu o indicație foarte clară și unde putem face radicalitate oncologică, și tumori maligne. S-a dezvoltat foarte mult chirurgia trans-nazală către vecinătățile anatomice ale zonei rino-sinusale și mă refer aici la chirurgia bazei craniului, la chirurgia căilor lacrimale, a orbitei și a spațiilor profunde

de la nivelul capului și gâtului, cum ar fi fosa pterigopalatină și fosa infratemporală. În plus, apariția navigației ORL permite un act chirurgical de o acuratețe mult mai mare, ne ghidează drumul către leziune, ca să putem evita accidentele și incidentele posibile la absolut orice intervenție chirurgicală. Afirm cu mandrie ca primele operații de acest tip din țara le-am făcut împreună cu Colectivul Clinicii de Neurochirurgie de la Spitalul Bagdasar Arseni. Este vorba de abordul tumorilor hipofizare sau ale regiunii selare, a orbitei și spațiilor profunde.

Dacă adăugăm și apariția instrumentarului pentru chirurgie endoscopică 3D (prima realizată în 2017 în Clinica ORL Sfânta Maria), avem deja un tablou complet al evoluției spectaculoase a chirurgiei endoscopice în zona sinusală. Sigur că și în zona laringelui s-a dezvoltat foarte mult chirurgia endoscopică, care ne

permite realizarea unor intervenții funcționale pentru absolut toate entitățile patologice de tip inflamator și tumoral. Abordul endoscopic se poate combina cu chirurgia laser și de radiofrecvență în laringe. Esofagul și arborele traheobronșic se abordează de asemenea

de la tratamentul primar al medicului de familie la tratamentul specializat al medicului ORL? Ce vaccinuri se fac împotriva infecțiilor din zona ORL?

Numărul de infecții la nivelul căilor respiratorii este foarte



endoscopic (adesea în echipe mixte). La nivelul urechii, sigur progresele sunt mai mici pentru că în continuare chirurgia microscopică este regina balului.

Având în vedere expunerea naturală la infecții de tip ORL, cum evoluează managementul acestor infecții,

mare. Frecvența rinosinuzitelor, spre exemplu în Statele Unite și chiar și în Europa le situează pe primul loc al bolilor inflamatorii infecțioase cronice.

Și în România, incidența rino-sinuzitelor este de aproximativ 12-14%, ceea ce înseamnă un procent important. Aceste infecții respiratorii duc la foarte multe

prescripții medicale, unele corecte, altele mai puțin corecte, la un număr mare de zile de absenteism școlar și profesional, ceea ce înseamnă și un balast către societate, pentru că trebuie să decontăm undeva aceste zile de absență. Tendința în România este din păcate încă a autoadministrării antibioterapiei. Recomandarea de către anumite categorii de medici este din păcate încă a antibioterapiei pentru infecții virale, și aici vorbim de celebrul "roșu în gât" care în proporție covârșitoare primește tratament antibiotic dar evident că o infecție virală nu va beneficia niciodată de tratament antibiotic. Există la nivel internațional lansată în 2016 o campanie a OMS, care ne atrage atenția că rezistența la antibiotice este într-o continuă creștere, că noi clase de antibiotice nu au mai fost lansate pe piața farmaceutică, motiv pentru care în viitorii 50 de ani riscăm să murim de infecții banale tocmai datorită creșterii rezistenței la antibiotice. De aceea, și noi atragem atenția ca prescrierea de antibiotice în infecțiile ORL să se facă numai după o antibiogramă corect făcută. Acolo unde nu este posibil să așteptăm 48-72 de ore rezultatul antibiogrammei în infecțiile acute, măcar să respectăm ghidurile și să ne gândim exact la etiologia, la agenții microbieni implicați și să dăm un tratament antibiotic cât mai corect în contextul studiilor și cercetărilor clinice care ne pot oferi măcar aceste linii directoare.

Vaccin în sfera ORL nu există în momentul acesta.

Continuare în numărul următor.

MOTTO: "Ca să faci performanță în chirurgie îți trebuie 3 lucruri. Suflu, adică o bună stare de sănătate. O informație medicală de calitate. Un mentor" (Profesorul Dorin Hociotă)

De la Profesorul Hociotă la tânăra echipă managerială de azi

– tradiție continuată și tehnologizare continuă

Prof. Univ. Dr. Viorel Zăinea, Șef Secție III, Doctor în științe medicale Supraspecializări în: Foniatrie/Fonochirurgie, Chirurgie Oncologică,, Chirurgie plastică și reconstructivă
Competențe în: Chirurgie Laser, Chirurgie Endoscopică, Managementul serviciilor de sănătate

Institutul de Fono-Audiologie și Chirurgie Funcțională ORL "Prof. Dr. D. Hociotă" a fost înființat în anul 1973, la 1 octombrie. De la început, a fost bază clinică a Universității de Medicină și Farmacie "Carol Davila" din București și a constituit mediul optim din punct de vedere medical și tehnologic pentru pregătirea a numeroase serii de specialiști în chirurgia otorinolaringologică, a capului și a gâtului.

Baza clinică respectivă și Institutul exprimă viziunea managerială a profesorului Hociotă la data inaugurării și în dezvoltarea ulterioară, incluzând mai multe tipuri de pregătire în diverse ramuri conexe specialității ORL și în mod evident, pregătirea chirurgilor ORL-ști.

Profesorul Hociotă a avut extraordinara intuiție a dez-



voltării specialității înspre mai multe ramuri, a gândit într-un mod complex despre bolile și tratamentul acestor patologii: ale comunicării, patologia vocii vorbite și cântate, patologia auzului, patologia bolii de focar, cu o mare încărcare socială vizavi de complicațiile care pot apărea în această afecțiune. Profesorul Hociotă a pregătit specialiști pentru chirurgia cancerelor de cap și gât, a prognozat dezvoltarea subspecialităților de otologie, rinologie, laringologie, chirurgie cervicală, audiologie, foniatrie, psihologia comunicării și, nu în ultimul rând, a in-

trodus un serviciu tehnic legat de microproducția și service-ul protezelor auditive.

La data respectivă, pentru România această viziune managerială exprima într-un mod complex și concret ceea ce astăzi definim "cercul de satisfacție a pacientului", în sensul că bolnavul ORL este primit în spital, merge la serviciile ambulatorii, dacă necesită internare se internează, beneficiază de act operator sau de protezare și parcurgând aceste etape se externează, închizând cercul de satisfacție.

Este o viziune managerială foarte modernă și astăzi. De la

ideea profesorului Hociotă și cu contribuția lui de excepție privind înfăptuirea unei echipe medicale și de învățământ complexă, s-a ajuns astăzi, printr-un arc peste timp, la o echipă managerială tânără, în jurul vârstei de 45-50 de ani, cu experiență medicală și managerială, care dorește ca și baza clinică și performanța Institutului să fie în acord cu standarde europene. Un merit consistent în această privință l-a avut generația anterioară celei din care fac parte eu, cu reprezentanți precum profesorii Călărășu și Dimitriu, doctorul Pascu – întemeietorul practic al audiologiei românești moderne, doctorul Bogdan Constantin – întemeietorul de facto al Foniatriei și autorul tratatului de Foniatrie după care se învață azi absolvenții de ORL și Psihologie, de la chirurghi până la personalul ocupat cu patologia vocii vorbite și cântate. Profesorul Călărășu, prin competențele medicale pe care le-a avut, a format echipe chirurgicale care astăzi pot rezolva o cazuistică medico-chirurgicală complexă, de la chirurgia funcțională și conservativă până la chirurgia cancerelor de cap și gât. Profesorul Traian Ataman are meritul de a fi dezvoltat supraspecialitatea Otologie, atât în practică dar și prin tratatele numeroase pe care le-a scris.

Baza clinică numără astăzi peste 40 de rezidenți, fapt pe care doresc să-l subliniez în mod special, pentru că ei desfășoară o muncă de zi cu zi la patul bolnavului și în blocul operator, extrem de utilă acti-

vității spitalului. Este cea mai mare bază de pregătire în specialitatea ORL din România și din partea estică a Europei, după câte cunosc. Ca atare, medicii rezidenți au posibilitatea să parcurgă în această unitate, toate stagiile de pregătire din curriculum, iar medicii specialiști și primari pot să acceseze toate tipurile de supraspecializări și competențe aferente specialității ORL și Chirurgie Cervico-Facială.

Din anul 2011, s-a refăcut integral blocul operator, cu toată tehnologia modernă, prin efortul Ministerului Sănătății și al managementului Institutului, re tehnologizare care s-a făcut fără întreruperea activității de asistență medicală, inclusiv urgențele și inclusiv activitatea didactică.

Insist asupra faptului că echipa managerială de astăzi îmbină tinerețea cu experiența echipelor manageriale precedente și eu mă bucur să le fiu un consilier și în această calitate să pledez pentru re tehnologizare continuă, pentru aplicarea celor mai noi metode didactice și de pedagogie în formarea chirurgilor ORL la standardele și tratatele europene și mondiale, acceptate în practica clinică.

Profesorul Hociotă avea un comentariu legat de evoluția unui chirurg ORL: "Ca să faci performanță în chirurgie îți trebuie 3 lucruri. Suflu, adică o bună stare de sănătate. O informație medicală de calitate. Un mentor". Fără aceste 3 lucruri nu poți deveni un chirurg sau un medic performant. Ne străduim aici în Institut să-i

învățăm pe rezidenți, pe viitorii specialiști aceste lucruri care se repercutează asupra calității medico-chirurgicale în specialitatea ORL.

Dincolo de efortul de re tehnologizare continuă vreau să menționez efortul pe care îl facem pentru perfecționarea chirurgilor specialiști și primari și formarea de medici specialiști ORL calificați și cu un apetit pentru informație medicală continuă în folosul pacientului. În acest sens, cu ajutorul Societății Române de Otorinolaringologie, ne străduim să organizăm în toamnă, în data de 6-7 septembrie evenimentul ENT Master Class Europe 2019, o platformă de educație medicală continuă, care își desfășoară activitatea sub sloganul "Education for Free & for All". Aducem un curs intensiv adresat specialiștilor din rețeaua de bază și din clinicile universitare și în mod special medicilor în formare, este vorba de un curs intensiv de chirurgie ORL cu un număr de 20 de experți europeni în chirurgia ORL, cu surse bibliografice extrem de moderne. Sperăm că această conferință precum și congresul ORL și Chirurgie Cervico-Facială, ca și manifestările emergente din ORL, ale Societății de Rinologie, Societatea de Foniatrie, Forumul Medical ORL, care sunt instrumente de perfecționare continuă cu contribuție importantă la creșterea calității informației medicale, în sensul modern, în sensul aplicabil și al stimulării interesului medicilor tineri pentru informația de calitate din medicină.

Disfagia asociată traumatismelor cervicale complexe

Traumatismele cervicale reprezintă o patologie complexă cu risc vital ridicat datorită numeroaselor structuri anatomiche concentrate într-o zonă de dimensiuni relativ mici, fiind una dintre cele mai importante provocări diagnostice și terapeutice în camerele de gardă.

Daniel Mirea,
medic primar ORL,
Spitalul Universitar
de Urgență Elias



Tulburările de deglutiție în traumatismele cervicale pot să apară imediat sau tardiv.

Deglutiția este un proces fiziologic care se desfășoară în 3 etape:

- Etapa orală – voluntară, presupune formarea bolului alimentar prin procesul de masticăție
- Etapa faringiană – involuntară, presupune progresia bolului alimentar din cavitatea orală către esofag. În această etapă, prin mișcarea laringelui superior se realizează orizontalizarea epiglotei care închide ca un capac aditusul laringian, astfel realizându-se protecția căilor aeriene inferioare împotriva aspirației.

Tulburările deglutiției asociate traumatismelor cervicale au ca efect imposibilitatea temporară de nutriție pe cale fiziologică, orală. Nutriția acestor pacienți trebuie asigurată până la reluarea deglutiției fiziologice, pe sondă nasogastrică sau gastrostomă. Necesarul caloric zilnic trebuie să fie de 25 – 30

kcal/kgc/zi, cu un conținut proteic de 1,5 g/kgc/zi. Se preferă soluțiile de nutriție enterală cu efect imunomodulator, care accelerează vindecarea plăgilor și scad riscul de complicații infecțioase.

Cazul 1

Pacient de sex masculin, 43 ani, se prezintă la Unitatea de Primiri Urgențe pentru plagă cervicală transfixiantă provocată de discul unui flex. Agentul traumatizant a acționat în ax vertical, realizând secțiunea completă a axului laringian. S-a constatat secționarea epiglotei în sens vertical, secționarea corzii vocale ș.a.

Intervenția chirurgicală a presupus traheotomie cu mutarea sondei de intubație la acest nivel, refacerea epiglotei, refacerea corzii vocale, refacerea scheletului laringian. Intervenția chirurgicală a durat 3 ore.

Prin lezarea epiglotei, alimentarea orală a fost temporar sistată din cauza riscului de aspirație posibil prin disfunc-

Mortalitatea în traumatismele cervicale este de aproximativ 10%. Principala cauză de deces imediat este injuria vasculară, în timp ce leziunile tractului digestiv superior (faringe, esofag), deseori nerecunoscute inițial, reprezintă principala cauză de deces tardiv.

Bilanțul lezional este foarte important și trebuie făcut rapid în camera de gardă. Pot fi întâlnite leziuni vasculare (sângerări active sau hematoame tardive compresive), leziuni ale căii aeriene superioare (dispnee, aspirații în tractul respirator inferior), leziuni ale căii digestive superioare sau leziuni nervoase.

ția mecanismului de protecție a căii aeriene inferioare din faza faringiană a deglutiției. Nutriția s-a realizat pe sondă nasogastrică, menținută 8 zile. Proba de deglutiție efectuată în ziua a 7-a a arătat funcționarea normală a epiglotei, fiind astfel reluat mecanismul de protecție al căii aeriene inferioare. Canula traheală a fost menținută timp de 10 zile. Pacientul a venit lunar la control pentru a

depista din timp o posibilă stenoză anterioară.

Cazul 2

Pacient de sex masculin, 36 ani, se prezintă la Unitatea de Primiri Urgențe pentru plagă transfixiantă cervicală autoprovocată în scop suicidal.

Intervenția chirurgicală a presupus traheotomie, sutura epiglotei și refacerea ligamentelor afectate, refacerea con-

ținutății mucoasei faringiene (faringografie).

Nutriția pe cale orală a fost sistată atât din cauza existenței soluției de continuitate la nivelul mucoasei faringiene, cât și din cauza disfuncției temporare a mecanismului de protecție a căii aeriene inferioare prin secționarea epiglotei. Pentru asigurarea necesarului nutrițional zilnic am ales montarea unei gastrostome endoscopice, soluție recomandată atunci când alimentația orală este imposibilă pe perioade mai lungi de 3 săptămâni.

Vindecarea pacientului a decurs fără probleme, alimentația orală fiind reluată la 22 zile de la intervenția chirurgicală.

Concluzii:

Tulburările de deglutiție pot fi frecvent întâlnite în traumatismele cervicale complexe. Ele trebuie luate în considerare ori de câte ori există plăgi penetrante ale faringelui, dar și leziuni ale laringelui.

Leziunile epiglotei pot determina disfuncția temporară a mecanismului de protecție a căii aeriene inferioare din faza a 2-a (faringiană) a deglutiției. Protecția căii aeriene inferioare se realizează prin montarea unei canule traheale cu balonaș și nutriție enterală pe sondă nasogastrică sau gastrostomă, până la reluarea procesului fiziologic al deglutiției. În absența acestor măsuri pot apărea bronhopneumonii de aspirație cu potențial evolutiv sever.



MEDICAL MARKET

www.revistamedicalmarket.ro

Revista profesioniștilor din sistemul sanitar!
(Două decenii de la apariția primului anuar al spitalelor)



Abonament anual la revista Medical Market

Rugăm cei interesați să trimită o solicitare pe adresa:
redactie@finwatch.ro sau la tel/fax 021 321 6123. Vă mulțumim!