săptămâna
MEDICALĂ
Anul XIX • Nr. 292 • ianuarie 2024
4.75 lei

Aritmiile copilului în ambulator

Ecografia de prim contact cu pacientul

Scleroterapia în tratamentul bolii venoase cronice

Îmbunătățirea performanțelor piloților de raliu

Hipotiroidismul congenital

Oftalmologie
Pneumologie
Sfatul farmacistului
Boli vasculare
Dermatologie
Neurologie

Citește revista online

air7

Pentru energie și forță musculară!

Vitamina B_6

Citrat de Magneziu

Oxid de Magneziu

Potasiu

Fier

Extract din rădăcină de Rhodiola rosea

www.air7.ro

air7

Remediu natural în bolile respiratorii.

Adjuvant în terapia infecțiilor căilor respiratorii, ca expectorant, antitusiv și antiinflamator, în viroze și în infecții bacteriene, în combaterea răcelii și gripei.

Extract de Soc Negru

Extract de Turmeric

Extract de usturoi

Beta Glucan

Extract de Scoarța de pin

Extract de Cordyceps sinensis

Coenzima Q10

Magneziu

www.air7.ro

Bolile reumatismale autoimune sunt boli sistemice cu multiple manifestări!

În bolile reumatismale autoimmune, afectările de organ sunt multiple, variate ca prezentare și severitate. Acest lucru se întâmplă pentru că vorbim de o reacție autoimună sistemică, care nu se limitează la un organ. Interferențele sunt multiple și aproape imposibil de înșirat: pneumologie, nefrologie, neurologie, cardiologie, oncologie, imagistică, cu fiecare din aceste specialități avem nenumărate interferențe. Vă dau doar câteva exemple, sclerodermia sistemică atacă în primul rând pielea, dar și tubul digestiv, plămânul, cordul sau rinichiul. În sindromul Sjogren, ținta inițială sunt glandele exocrine, dar și articulațiile, vasele și nervii periferici pot fi afectate. În lupusul eritematos sistemic nu există niciun organ care să nu poată fi afectat. Mecanismele sunt multiple, în principal e vorba de inflamație sistemică. Afectarea pulmonară interstițială este într-adevăr una din cele mai serioase, fiind frecventă și principala cauză de deces la pacienții cu sclerodermie sistemică sau unele forme de miozite (sindroamele antisintetazice sau miozita MDA5), și mai puțin frecventă dar nu lipsită de semnificație în artrita reumatoidă și sindromul Sjogren. În legătură cu această afectare e important să fie diagnosticată cât mai precoce și să fie tratată agresiv și adaptat. Un alt exemplu: Policondrita recidivantă, care este ca și celelalte colagenoze o boală autoimună sistemică, în care ținta primară a atacului autoimun este cartilajul. Și unde este prezent cartilajul? La nivelul nasului, urechilor, tractului respirator laringe și trahee, articulații, mai ales ale cutiei toracice, dar și la nivelul valvelor cardiace sau vaselor sanguine. Ca și celelalte colagenoze este variabilă ca manifestări și severitate, putând fi o boală amenințătoare de viață, dramatică. Apare de sine stătătoare sau asociată altor boli autoimune precum vasculitele sistemice.

Prof. Univ. Dr. Simona Rednic,
Președintele Societății Române de Reumatologie

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

Abonament la revista Săptămâna Medicală

săptămâna MEDICALĂ

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

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Testele de biologie moleculară în cancerul pulmonar. 6
Sindromul de apnee în somn și BPOC (Overlap syndrome) 7
PRESBYOND – Tratamentul laser pentru prezbiopie 8
Scleroterapia în tratamentul bolii venoase cronice 10
Hipotiroidismul congenital 12
Povestea Crisia pășește în 2024 cu visuri mari, îmbinând pasiunea cu inovația pentru sănătate . . 13
Urmează un val pandemic de depresie? 14
Locul colposcopiei în ginecologia modernă . . . 16
Rolul chirurgiei minim invazive în tratamentul endometriozei profunde 17
Patologia oncologică trebuie abordată personalizat 18
Displazia de șold la nou-născut 20
„Anestezia la pacienţii cu politraumatism reprezintă una dintre cele mai mari provocări„ . . 22
Îmbunătățirea performanțelor piloților de raliu . . 24
Aritmiile copilului în ambulator 25
Neurochirurgia funcțională în Timișoara 26
Ecografia de prim contact cu pacientul 28
„Un procent uriaș de pacienți în urgență au de fapt nevoie de servicii de ortopedie și traumatologie.” 30

Foto revistă: Shutterstock

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

FIN WATCH

CAMPANIA SĂNĂTATEA SOMNULUI

www.vitalaire.ro

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

sursă foto: canva

CAMPANIA SĂNĂTATEA SOMNULUI

www.vitalaire.ro

EXISTĂ O CORELAȚIE ÎNTRE FRIG ȘI SOMN?

Aerul uscat și rece afectează respirația noastră. Acest lucru se datorează faptului că atunci când aerul rece și uscat ajunge în căile respiratorii, acestea stimulează procesele inflamatorii.
Toți simțim un anumit grad de disconfort, mai mare sau mai mic. În funcție de imunitate, vârsta, mediu, exercițiile fizice pe care le facem sau nu, bolile pe care le avem, etc. Să nu uităm că, în acest moment suntem cu toții mult mai predispuși la răceli, gripă, rinită sau sinuzită.
Inflamația îngroașă cavitățile căilor respiratorii, popular vorbind provoacă practic umflarea acestora. Deci, este mai puțin loc pentru a trece aerul. Acest lucru este foarte clar în cazul unui nas „înfundat", de exemplu. Așadar, dacă avem nasul înfundat să apelăm la un specialist care să ne recomande un tratament adecvat.

Fără o concentrație normală de oxigen, este practic imposibil să avem un somn liniștit.
Fără suficient aer oxigenat, corpul declanșează alerte și provoacă treziri și sforăituri.
Ceva foarte asemănător cu o apnee de somn.
Dar pentru mulți oameni va fi ceva tranzitoriu, de sezon.
Situația se poate complica în rândul celor care au deja o tulburare de somn.
Pacientul care are deja apnee în somn, de exemplu, poate observa mult mai multe probleme la frig. Fără îndoială că imaginea de ansamblu se poate agrava iarna.

Îngrijiri generale în această perioadă

Pentru a preveni problemele de respirație și a dormi bine în această perioadă, iată câteva sfaturi valoroase:

- Să păstrăm întotdeauna **casa ventilată și umidificată.**
- Să ieșim **să facem mișcare în aer curat.**
- Este bine **sa evităm aglomerația.** Se știe că mulți viruși se pot lua mai ușor în această situație.
- **Să ne spălăm mai des pe mâini.** Păstrarea curată a mâinilor ne ferește întotdeauna de microbi.
- **Să spălăm înainte de utilizare hainele de iarnă** care au fost depozitate tot anul. Aceste haine adună mult praf și acarieni, care provoacă de obicei reacții alergice.
- **Căldura să nu fie excesivă și să folosim un umidificator**. Un mediu ambiant plăcut termic creează relaxarea importantă pentru somn. Pentru cei care au apnee umidificarea mucoasei nazale este un aspect important al terapiei pe care trebuie să-l ia în considerare dacă nu au făcut-o până acum.
- **Să respirăm pe nas**. Nasul încălzește și umidifică aerul care intră în corp. Când respirăm pe gură, nu există un astfel de filtru și aerul ajunge pe căile aeriene exact așa cum este: rece și uscat. La pacienții cu apnee în somn, tipul de respirație – pe gură sau pe nas, reprezintă unul dintre factorii importanți în alegerea măștii CPAP pentru terapia sindromului de apnee în somn.

Testele de biologie moleculară în cancerul pulmonar

Deși medicina este într-o continuă evoluție în ceea ce privește terapia țintită a cancerului pulmonar, cu precădere a cancerului pulmonar fără celule mici (NSCLC), acesta rămâne una dintre principalele cauze de deces la nivel mondial, afectând din păcate atât persoanele fumătoare, cât și cele nefumătoare. Din punct de vedere histologic, NSCLC este împărțit în adenocarcinom, carcinom cu celule scuamoase (SCC) și carcinom cu celule mari. Deși chimioterapia pe bază de platină a reprezentat ani de zile tratamentul standard a cancerului pulmonar, în prezent abordarea personalizată s-a dovedit a fi mai eficientă, ducând la creșterea ratei de supraviețuire fără progresie tumorală și în ceea ce privește procentul total de supraviețuitori. Pentru stabilirea unui tratament cu o rată de succes cât mai mare, în completarea diagnosticului histopatologic și a testelor imunohistochimice, testele de biologie moleculară identifică mutații în oncogenele implicate în NSCLC, care reprezintă ținte terapeutice.

Biolog Drd.
Ester-Andreea Cohn,
GRAL Medical

Biolog Medical Principal
Dr. Ecaterina Tataru
GRAL Medical

Conform ghidurilor internaționale, diagnosticul de adenocarcinom pulmonar trebuie urmat de testarea unor markeri moleculari, precum și testarea mutațiilor în gena EGFR, principala țintă pentru tratamentul (TKI) utilizat în prezent în terapia pacienților cu NSCLC. În cazul pacienților care nu prezintă mutații în gena EGFR sau răspuns favorabil la chimioterapie, a fost introdusă testarea și a altor markeri suplimentari. În Europa, specialiștii recomandă diverse teste moleculare (decontate în principal de companiile farmaceutice) în cazul pacienților cu NSCLC non-scuamos și a celor cu forme de carcinom scuamos fără celule mici, care să nu fie fumători/foști fumători.

Cel mai recent ghid realizat în 2018 recomandă testarea la pacienții cu adenocarcinom a mutațiilor în 6 gene (BRAF, KRAS, RET, ERBB2, MET, NTRK), dacă acești pacienți au avut rezultate negative la 3 prime testări (EGFR, ALK, ROS1) sau la pacienții tratați cu TKI, la care a apărut fenomenul de rezistență și progresia bolii.

Stabilirea unui tratament cu eficiență cât mai crescută se pare că este în continuare extrem de dificilă, mai ales datorită heterogenității tumorilor pulmonare. Pentru creșterea șanselor de alegere a celei mai bune opțiuni de tratament, dar și pentru recomandarea celor mai bune variante de testare a markerilor moleculari este utilă și importantă o foarte bună colaborare între medicii clinicieni, anatomo-patolog și specialiștii din laboratoarele de testare, astfel apelându-se din ce în ce mai des la formarea board-urilor oncologice multidisciplinare care în cazul pacienților cu NSCLC sunt formate din: oncolog, anatomo-patolog, chirurg - chirurgie toracică, radiolog, specialist în radioterapie, pneumolog, la care se pot adăuga farmaco-oncologi, specialiști în biologie și patologie moleculară și genetică. În urma descoperirii a tot mai mulți markeri moleculari asociați cu NSCLC, dar și a apariției destul de rapide a rezistenței la tratament, a fost și este necesară dezvoltarea de noi strategii terapeutice.

Sindromul de apnee în somn și BPOC (Overlap syndrome)

Overlap Syndrome este combinația dintre două boli independente, dar este cu mult mai sever decât fiecare boală de același stadiu luată separat, mai ales din perspectiva consecințelor cardiovasculare.

Dr. Dimitriu Raluca Diana

Medic primar pneumologie, competență în somnologie, Centrul Medical Sfânta Maria, Timișoara

La pacienții cu BPOC, schimburile gazoase pot fi afectate în timpul somnului, în special în timpul somnului REM, rezultând episoade de hipoxemie severă.

Aproximativ 38% dintre pacienții cu BPOC cu vârsta peste 65 ani acuză oboseală matinală, iar 35% acuză treziri matinale precoce. 52% acuză insomnie, iar 22% prezintă somnolență diurnă. Dacă efectuăm polisomnografie acestor pacienți, observăm creșterea latenței somnului și a microtrezirilor, reducerea timpului total de somn și a somnului REM, dar și a eficienței somnului.

Pacienții cu BPOC pot avea episoade recurente de hipoxemie nocturnă, mai frecvente la tipul blue-bloated. Gradul hipoxemiei nocturne nu poate fi prezis din măsurătorile efectuate în starea de veghe. Pacienții cu BPOC sunt mai predispusi la hipoxemie în somnul REM, datorită pierderii contribuției musculaturii intercostale și scăderii contribuției diafragmului la un plămân hiperinflat și cu mult spațiu „mort".

Coexistența BPOC și SAS se întâlnește la 11-16% dintre pacienții cu SAS și la 2-10% din pacienții cu BPOC.

Pacientul tipic este obez, cu gâtul scurt și circumferința mare. **Simptomele nocturne** sunt sforăitul zgomotos, agravat de consumul de alcool, apnei raportate de parteneri, somn neodihnitor, transpirații nocturne, nicturie, uneori pseudo atacuri de panică nocturne. Simptomele diurne sunt oboseala, somnolența diurna excesivă, responsabilă de accidente rutiere sau la locul de muncă, tulburări de atenție și memorie, scăderea reflexelor.

Efectuarea studiilor de somn la pacienții cu BPOC depistează cazuri neașteptate de SAS, depistează hipoxemii nocturne severe care necesită oxigenoterapie de lungă durată.

Obiectivele oxigenoterapiei în BPOC sunt corectarea hipoxemiei arteriale și a complicațiilor acesteia, ameliorarea calității vieții pacienților, cu reducerea dispneei, reducerea spitalizărilor și a frecvenței exacerbărilor, creșterea capacității de efort. Suplimentarea oxigenului nu afectează inflamația sistemică a pacienților cu BPOC, dar reduce concentrația de IL-6 și stresul oxidativ la efort. Unii pacienți beneficiază de administrarea O2 în timpul efortului, asociată cu administrarea unui bronhodilatator, printr-un efect aditiv la nivelul performanței la efort și reducerea severității dispneei.

Hipoxemia diurnă de repaus din formele severe de BPOC este de tip continuu, dar aceasta se agravează în timpul somnului datorită hipoventilației alveolare din poziția de decubit dorsal.

Asocierea unui SAS la BPOC adaugă o hipoxemie intermitentă în episoadele de apnei și hiponei la hipoxemia continuă pe care pacientul cu BPOC sever deja o avea.

Tratamentul de elecție al SAS este CPAP (continuous positive airway pressure), cu corectarea apneilor și a desaturărilor nocturne. Uneori acesta poate fi ineficient la unii dintre **pacienții cu overlap syndrome** și atunci se recomandă asocierea administrării de oxigen, aceasta având ca și efect ameliorarea gazelor sanguine și a presiunii în artera pulmonară.

BPOC afectează în prezent sute de milioane de oameni, fiind a treia cauză de deces la nivel mondial.

Oxigenoterapia este eficientă, ameliorează calitatea vieții și a somnului pacienților atunci când este indicată și prescrisă în doze terapeutice.

PRESBYOND – Tratamentul laser pentru prezbiopie

Odată cu trecerea timpul, ochiul îmbătrânește, la fel ca întregul organism, și apare prezbiopia, care în termeni cunoscuți se traduce prin nevoia de a îndepărta obiectele pentru a clarifica imaginea.

Dr. Andrei Filip,
Medic primar specialist oftalmolog, Doctor în Științe Medicale, FEBO, FWCRS, Clinica de oftalmologie Ama Optimex
www.amaoptimex.ro
www.scapadeochelari.ro
www.cataracta.ro

Ochelarii de citit sunt cea mai la îndemână soluție, însă persoanele de 40+ ani vor să își păstreze pentru cât mai mult timp stilul de viață activ, iar acești ochelari pot incomoda anumite activități. În plus, așa cum este cultura la noi, sunt considerați și ca un prim semn al bătrânești, lucru discutabil la nivel de percepție, dar adevărat din punct de vedere medical, căci cauza apariției o constituie tocmai pierderea puterii de acomodație a cristalinului, cauzată de îmbătrânirea acestuia.

Astfel, mă bucur să pot oferi acestor persoane un tratament laser personalizat care îi scapă de ochelarii de citit. Este o intervenție laser și ca toate intervențiile cu laser este minim invazivă și cu recuperare rapidă.

Procedura se numește PRESBYOND și a fost pentru prima dată efectuată la noi în țară în clinica Ama Optimex, în 2019.

PRESBYOND se face la amândoi ochii, iar dioptriile sunt prelucrate în așa fel încât ochii vor vedea împreună la distanță, intermediar și citit.

> Procedura se realizează cu două tipuri de laser, ultima generație a femtolaserului Zeiss, VisuMax 800, cu ajutorul căruia decupăm capacul corneean în aproximativ 5 secunde și cu laserul excimer MEL 90 cu ajutorul căruia remodelăm corneea. Protocolul operator este același ca la tehnica FemtoLASIK, efectuată de peste 30 de ani în toată lumea.

Anestezia se realizează cu picături, nu doare, după câteva minute deja pacientul începe să poată să citească, apoi pleacă acasă imediat după operație, văzând puțin în ceață. Imediat după operație, vederea începe să se stabilizeze și se îmbunătățește pe măsură ce trec minutele, orele, zilele.

În perioada imediat următoare, în timpul procesului de vindecare, sistemul vizual se recalibrează rapid și este absolut normal să existe fluctuații de vedere. Creierul învață să compună imaginile obținute, iar procesul se numește neuroadaptare și poate dura în unele cazuri mai multe luni. Procesul este resimțit diferit de la o persoană la alta în funcție tipul de dioptrie, percepție, vindecare, ocupație, tipurile de activități desfășurate. Însă în tot acest timp, pacientul duce o viață normală și se bucură să vadă bine fără ochelari. Există situații particulare, mai ales în cazul unor meserii cu specific, în care unele persoane pot avea nevoie de o pereche de ochelari și după tratamentul prezbiopiei.

Mai multe informații despre prezbiopie și PRESBYOND sunt disponibile și pe site-ul de informare al clinicii Ama Optimex: www.scapadeochelari.ro.

Prof. Dr. A. Aslan

GEROVITAL®

H3 DERMA+

ÎMPREUNĂ SUNTEȚI MAI PUTERNICI.

Tu, părul tău și Gerovital H3 Derma+

Produse testate sub control dermatologic.
Eficiență demonstrată clinic.

PHARMACEUTICAL CONCEPT

TOATE TIPURILE DE PĂR

farmec.ro farmec.romania gerovital.romania gerovital.romania

Scleroterapia în tratamentul bolii venoase cronice

Boala venoasă cronică (BVC) afectează un procent semnificativ din populația adultă în țara noastră. Tratamentul BVC este un complex terapeutic ce cuprinde patru modalități terapeutice principale, două conservatoare și două intervenționale, și anume: tratamentul farmacologic, terapia elasto-compresivă, scleroterapia, tratamentul intervențional/chirurgical. Aceste măsuri se pot aplica succesiv sau concomitent, în funcție de stadiul bolii.

Asist. Univ. Dr. Med. Sergiu-Ciprian Matei,
Secretar Societatea Română de Flebologie

Prof. Univ. Dr. Ab. Sorin Olariu
Președinte Onorific Societatea Română de Flebologie
UMF „Victor Babeș". Timișoara
Clinica I Chirurgicală,
Spitalul Clinic Universitar „Pius Brînzeu„, Timișoara

Scleroterapia este o intervenție vasculară neinvazivă folosită pentru a distruge vasele patologice. În cadrul procedurii, un agent chimic este introdus în vasul țintă cu scopul de a induce ocluzia imediată și abolirea sa definitivă. Scleroterapia își are aplicația în toate stadiile BVC, fiind recomandată în mod special în tratamentul telangiectaziilor (**dilatație a vaselor mici sau terminale, care apare de obicei pe nas și pe pomeții obrajilor**.- microscleroterapie), dar și al venelor reticulare sau varicelor.

Datorită faptului că în România agenții sclerozanți nu se găsesc uzual în farmacii, iar procedura nu este decontată de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la noi în țară scleroterapia se practică exclusiv în mediul privat.

Pentru ocluderea vaselor de calibre mai mari de 2-3 mm, se recomadă sclerozarea cu agenți sub formă de spumă. Scleroterapia cu spumă este cea mai populară formă de scleroterapie. Sclerozanții sub formă de spumă au mai multe avantaje față de forma lichidă, cel mai important fiind eficacitatea. În plus, sclerozanții cu spumă sunt clar vizibili ultrasonografic, ceea ce facilitează ghidarea ecografică, adăugând enorm la siguranța generală a procedurii.

Frecvența evenimentelor adverse minore legate de scleroterapie, cum ar fi pigmentarea, continuă să fie destul de mare, ceea ce reduce calitatea rezultatelor. Pigmentarea post-scleroterapie este definită ca apariția unei hiperpigmentări pe traiectul venelor tratate, având o incidență ce variază de la 5 la 30%. Pentru consolidarea rezultatelor procedurii și diminuarea riscului de complicații, se recomadă tratamentul oral și purtarea ciorapilor elastici, gradele de compresie I sau II.

Contraindicațiile pentru sclerodermie includ sarcina, perioada postpartum și alăptarea, riscul de tromboembolism venos, boli sistemice slab controlate. Contraindicațiile absolute sunt reprezentate de evenimente adverse foarte grave sau care pun viața în pericol, în speță hipersensibilitatea la agenți sclerozanți, tromboembolism venos acut, evenimente neurologice sau cardiace severe, boli sistemice acute, infecții, boli cronice decompensate, ischemie cronică a membrelor inferioare.

Ultimul document de consens referitor la scleroterapie elaborat de UIP (International Union of Phlebology) în luna mai 2023, concluzionează faptul că prin scleroterapie se pot obține rezultate clinice sigure cu condiția ca factorii de risc legați de pacient să fie corect identificați, iar raportul risc/beneficiu să fie discutat clar și deschis cu candidații la tratament.

URELIA® 50

Reduce semnificativ grosimea stratului cornos

BALSAM CU UREE 50%

- Acțiune keratolitică
- Reface bariera cutanată
- Hidratează și hrănește

EFICACITATE EXCELENTĂ DUPĂ 28 DE ZILE DE UTILIZARE

ISISPHARMA
DERMATOLOGIE

Together for my skin

Hipotiroidismul congenital

Hipotiroidismul congenital este cea mai frecvent diagnosticată afecțiune endocrinologică în perioada neonatală. Este una dintre cele mai comune cauze de dizabilități intelectuale care pot fi prevenite prin diagnosticare precoce și instituirea promptă a tratamentului. Manifestările clinice sunt adesea subtile sau nu sunt prezente de la naștere (datorită pasajului trans-placentar al hormonilor tiroidieni materni). De aceea mulți nou-născuți rămân nediagnosticați la naștere, în maternitate. Medicul neonatolog are un rol important în diagnosticarea precoce prin recomandarea consultului endocrinologic în cazul nou-născuților cu risc pentru această patologie (ex: foști prematuri).

Șef. Lucr. UMF
Dr. Ioana Roșca,
Medic primar neonatologie, specialist pediatru

Screening-ul neonatal pentru hipotiroidism congenital este obligatoriu in toate maternitățile; proba recoltată pe hârtie specială de filtru trebuie să fie recoltată și trimisă la laborator în primele 48-72h de viață ale nou-născutului; în cazul nou-născuților prematuri cu greutatea la naștere < 1500g, ar trebui trimise probe repetate la 2, 6 și 10 săptămâni de viață, datorită riscului mare de rezultate fals pozitive.

Istoricul sarcinii este foarte important pentru diagnostic: vârsta de gestație post-termen 41-42 săptămâni, boli tiroidiene autoimune materne sau dieta cu deficit de iod pe timpul sarcinii.

Tabloul clinic în hipotiroidismul congenital include:

- Tegumente marmorate, uscate, icter prelungit, protruzia limbii (reflexul de scoatere a limbii la atingerea buzelor)
- Fontanela posterioară deschisă
- Curba ponderală staționară sau descendentă (nu ia în greutate)
- Alimentație cu dificultate, constipație
- Abdomen destins de volum, hernie ombilicală
- Hipotonie (fără tonus muscular), somn prelungit și profund, hipotermie
- Bradicardie (scădere a pulsului)

În prezența semnelor clinice de hipotiroidism este imperios necesară recoltarea testelor funcționale tiroidiene, chiar dacă screeningul neonatal inițial a fost normal. Rareori programele de screening trec cu vederea cazurile de hipotiroidism congenital ca rezultat al descărcării precoce, anormale a hormonilor tiroidieni. Erori pot apărea și în cazul transferului spitalicesc, nașterii la domiciliu, nou-născuților cu patologie sau prematuri, erorilor de laborator, evaluării TSH întârziată, sau erorii umane. Hipotiroidismul dobândit prin excesul expunerii postnatale la iod poate fi omis la screeningul neonatal. Testele de screening neonatal pot omite, uneori, nou-născuții cu hipotiroidism central (pituitar).

Recomandări după externarea din terapie intensivă neonatală:

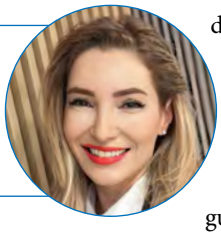
- Follow-up la medic endocrinolog pediatru
- Repetarea testelor funcționale tiroidiene (T4, TSH, TBG, free T4) la fiecare 2 luni în primul an de viața și la fiecare 3 luni în al 2 lea an de viață.

Studii retrospective au arătat ca hipotiroxinemia severă se asociază cu afectare motorie și cognitivă la prematurii cu vârsta de gestație mai mică de 33 de săptămâni, chiar și după ajustarea pentru severitatea bolii și alți factori.

În concluzie subliniem importanța evaluării funcției tiroidiene la fostii prematuri si la un copil cu semne clinice de hipotiroidism congenital, chiar dacă screening-ul neonatal a fost negativ. Diagnosticul precoce și inițierea tratamentului substitutiv sunt esențiale pentru prevenirea dizabilității intelectuale.

Povestea Crisia pășește în 2024 cu visuri mari, îmbinând pasiunea cu inovația pentru sănătate

Farmacist Drd.
Cosmina Bengescu
Crisia farm
#laboratorcameracurata



Încheiem un an greu, plin de provocări, dar și de visuri împlinite. Cu bucurie și recunoștință, vin în fața dumneavoastră pentru a împărtăși nu doar gândurile și dorințele pentru anul 2024, ci și câteva realizări deosebite care au definit parcursul nostru în anul ce tocmai a trecut. Sunt Cosmina Bengescu, farmacistul din spatele conceptului Crisia Farm și vă prezint cu mândrie câteva inovații care au făcut din această farmacie un adevărat centru de excelență în domeniul sănătății. Vin cu promisiunea că nu ne vom opri aici. Profesia de farmacist este extraordinar de frumoasă, însă toată această magie este învelită în foarte multă responsabilitate, pentru că "în mâinile noastre" stau viețile pacienților.

În spatele conceptului Crisia stau oameni, oameni buni cu aspirații și idealuri, stau oameni cu visuri mareațe. În spatele Farmaciei Crisia stă emoție pentru reușite și eșecuri, stau sute de ore de muncă și mii de ore de învățat, stă multă sârguință și perseverență. Deviza noastră este că limita e cerul, iar cerul infinit; poate și de aici această dorință aprigă a întregii echipe de evoluție, de a fi cei mai buni, de a face lucrurile altfel.

Farmacia Crisia se remarcă prin faptul că este singura farmacie cu circuit deschis din România ce dispune de propriul laborator cameră curată. Acest laborator ultramodern ne oferă posibilitatea de a executa tratamente personalizate la standarde occidentale, contribuind astfel la avansul medicinei personalizate în țara noastră. Ne-am asumat această responsabilitate nu doar ca un pas spre inovație, ci și ca o modalitate de a aduce cele mai bune soluții pentru sănătatea pacienților români.

Cu bucurie și entuziasm vă anunțăm că am încheiat anul anterior prin deschiderea unei noi farmacii în Sectorul 3, echipată cu un spațiu generos și, mai important, cu un laborator cameră curată dedicat preparării personalizate la același nivel de excelență cu care v-am obișnuit. Această extindere ne oferă o oportunitate de a ajuta un număr și mai mare de pacienți și de a face medicina personalizată accesibilă în viețile cât mai multora ce au nevoie de noi. Tot anul trecut, la dorința pacienților noștri am trecut printr-un proces intens de digitalizare, ușurând astfel procedura de transmitere a rețetei.

Farmacia Crisia este un angajament constant pentru sănătatea pacienților ce ne trec pragul în fiecare zi. Am înțeles că medicina personalizată și inovațiile în domeniu sunt cheia unui viitor mai sănătos.

În 2024 ne-am propus să mărim Echipa Crisia, să aducem cât mai mulți farmaciști pasionați de profesia pe care și-au ales-o. Pregătirea continuă este esențială în profesia noastră, însă pasiunea este ingredientul fără de care magia nu poate să se întâmple. De ce? Pentru că noi, la Crisia Farm, pregătim tratamente pentru oameni, în fiecare preparat punem puțină umanitate, iar noi credem că acest ingredient face din tratamentele noastre personalizate adevărate panacee pentru pacienții ce ne cer ajutorul.

Vă invităm să explorați cu noi această nouă etapă a sănătății, în care tratamentele personalizate și inovațiile medicale se întâlnesc cu pasiunea pentru preparare. La Farmacia Crisia, suntem aici pentru a construi împreună o comunitate de sănătate și bine. Vă mulțumim pentru încrederea acordată și pentru că sunteți alături de noi în această poveste.

Să ne bucurăm împreună de un 2024 plin de sănătate și visuri împlinite!

Crisia farm
#laboratorcameracurata
WWW.FARMACIACRISIA.RO

Urmează un val pandemic de depresie?

Evenimentele ultimilor ani au determinat o creștere alarmantă a numărului de cazuri de burnout, tulburări de somn, anxietate și depresie. Pandemia COVID 19 a determinat o creștere a prevalenței anxietății și depresiei cu 25% la nivel mondial.

Dr. Dana Sichitiu
Medic primar psihiatru, medic specialist medicină de familie, psihoterapeut
Rețeaua Privată de Sănătate Regina Maria, București

Una dintre explicații este legată de stresul fără precedent cauzat de izolarea socială din pandemie. La aceasta s-au adaugat constrângerile legate de locul de muncă, de raporturile cu cei dragi și cu comunitatea.

Singurătatea, teama de infecțare, doliul după pierderea unor persoane dragi ca și grijile financiare, toate acestea au fost citate ca stresori care au condus la anxietate și depresie.

Cei care și-au pierdut joburile au raportat simptome de anxietate și/sau depresie în procent de 53% față de respondenții unde joburile nu au fost afectate și unde procentul manifestărilor de tip anxios sau depresiv a fost de 30%.(2)

În ceea ce privește autovătămarea și ideația autolitică (idea de a se sinucide), acestea au înregistrat creșteri mai mari în rândul populației tinere, mai mult la adolescente în comparație cu adolescenții.

Provocările clinice actuale

Recent se constată o creștere semnificativă a numărului de cazuri de tulburări depresive și anxioase în rândul persoanelor tinere, suprasolicitate, care resimt încă impactul

schimbărilor legate de lucratul de acasă, sau care după o perioadă îndelungată de „work from home" sunt nevoite să se readapteze la lucratul în format fizic sau experimentează anxietate socială. În practica clinică, sunt descrise din ce în ce mai frecvent următoarele situații: "Sunt programator și lucrez de acasă de când a început pandemia. Mi-am pierdut interesul față de orice îmi plăcea înainte" sau „Nu mai dorm bine, nu mă pot concentra, mi-au scăzut performanțele".

În urma interviului psihiatric, se constată că aceste acuze reprezintă doar partea vizibila a icebergului reprezentat de depresie și că sunt îndeplinite frecvent criteriile necesare pentru a stabili diagnosticul de episod depresiv sau de tulburare depresiv-anxioasă.

Schimbările în stilul de viață determinate de pandemie nu includ doar lucrul de acasa, ci și reducerea semnificativă a timpului liber prin comutarea focusului de pe orarul de lucru (pe care lucrul în format fizic îl presupunea) pe finalizarea proiectelor până la un termen dat, la care se adaugă dereglarea sau chiar dispariția orarului meselor și sedentarismul.

Încă mai există acel obstacol în calea prezentării, în stadiile de debut ale tulburărilor psihice, la medicul psihiatru, ca și miturile legate de tratamentele psihiatrice: "vă rog să nu îmi dați un tratament care mă transformă într-o legumă", sau „mi-e teamă să nu depind de tratamentul psihiatric toată viața".

Procentul celor care se adresează serviciilor de sănătate în țările cu venit mare pe cap de locuitor este mai mare (52%) față de cei din țările cu venit mediu sau mic pe cap de locuitor (27%). În rândul celor care intră în contact cu serviciile de sănătate, doar 14%, respectiv 6%, urmează farmacoterapia adecvată, iar în ceea ce privește tratamentul farmacologic combinat cu psihoterapia, procentele sunt de 12%, respectiv 6%.

Aceste cifre au legatură atât cu accesibilitatea la servicii medicale de specialitate, cât și cu încrederea față de acestea.

Un alt aspect care poate fi responsabil de aderența scazută la tratament este persistența unor simptome reziduale după trei luni de la inițierea tratamentului antidepresiv, cum ar fi anxietatea - 78,2% și insomnia - 63%, de aceea, pe lângă diagnosticarea precoce și inițierea tratamentului cât mai adaptat tabloului clinic și situației pacientului, monitorizarea simptomelor este esențială pentru evoluția favorabilă sub tratament.

Utilizarea excesivă a benzodiazepinelor și prezentarea la medic după instalarea toleranței la acestea, latentă până la intrarea în acțiune a antidepresivelor, ca și efectele adverse ale unora dintre acestea legate de creșterea în greutate și tulburările de dinamică sexuală, persistența unor simptome reziduale sub tratament, toate acestea se constituie în factori care scad aderența la tratamentele antidepresive. De aceea, este extrem de important ca la inițierea tratamentului, pacientul să fie informat despre modul în care tratamentul va acționa - cât de repede sau lent va intra în acțiune tratamentul, ce efecte adverse sunt de așteptat la debut și faptul că acestea sunt tranzitorii, cât de importantă este urmarea tratamentului cu conștiinciozitate ca și respectarea duratei acestuia.

Alegerea moleculei de antidepresiv este, de asemenea, esențială, trebuind să țină cont de prezența anumitor simptome sau semne clinice, de eventualele comorbidități și de tratamentele pe care pacientul le urmează concomitent.

Recuperarea funcțională, alături de creșterea calității vieții, reprezintă deziderate prioritare ale schemelor actuale de tratament, de aceea sunt preferate în prezent moleculele nesedative, lipsite de efecte adverse în sfera sexuală sau în cea metabolică. Tabloul clinic actual al tulburării depresive este dominat de insomnie și anhedonie, de dificultățile de concentrare a atenției (interpretate, adesea eronat, ca tulburari de memorie), de anxietate și de tulburări de dinamică sexuală.

(continuare în numărul viitor)

Locul colposcopiei în ginecologia modernă

Colposcopia este o procedură medicală în ginecologie, utilizată în principal pentru depistarea și evaluarea afecțiunilor care pot fi asociate cu cancerul de col uterin și nu numai. Această procedură a evoluat semnificativ în ultimii ani, datorită dezvoltării tehnologiei medicale și a îmbunătățirii abilităților medicilor specialiști.

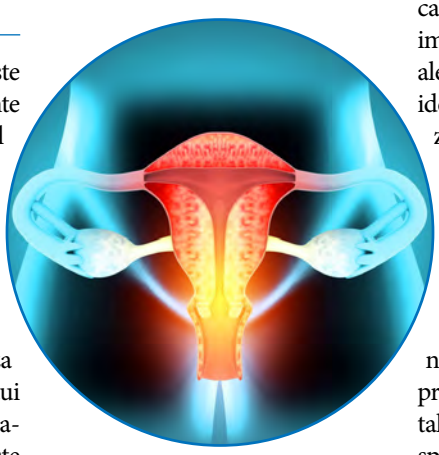
Asist. Univ.
Dr. Tomescu Larisa,
Spitalul Județean
din Timișoara

Importanța colposcopiei în depistarea cancerului de col uterin

Cancerul de col uterin este una dintre cele mai frecvente afecțiuni ginecologice la nivel mondial. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), aproximativ 570.000 de femei sunt diagnosticate cu cancer de col uterin în fiecare an, iar aproximativ 311.000 de femei mor din cauza acestei afecțiuni. În ciuda acestui fapt, cancerul de col uterin poate fi tratat cu succes, dacă este detectat în stadiile incipiente. Colposcopia este una dintre cele mai importante proceduri utilizate pentru depistarea cancerului de col uterin.

În timpul colposcopiei, dacă sunt detectate zone anormale, medicul poate preleva o mică mostră de țesut pentru a fi supusă biopsiei. În cazul în care biopsia indică prezența celulelor precanceroase, medicul poate recomanda intervenții precum electrocauterizarea sau excizia. Aceste proceduri pot elimina zonele afectate și pot preveni dezvoltarea cancerului de col uterin.

De asemenea, colposcopia poate fi utilizată și pentru monitorizarea pacienților care au fost diagnosticați cu cancer de col uterin și pentru evaluarea eficacității tratamentului.



Colposcopia poate fi utilizată și în alte afecțiuni ginecologice, precum infecțiile cu virusul papiloma uman (HPV) și alte infecții ale colului uterin. Colposcopia poate fi utilizată și în evaluarea sângerărilor anormale sau a altor simptome asociate cu afecțiuni ginecologice.

În ultimii ani, tehnologia colposcopiei s-a îmbunătățit semnificativ, datorită dezvoltării unor noi tehnici de imagistică și a introducerii unor instrumente medicale mai avansate. Vorbim acum de colposcopie digitală, care permite medicilor să obțină imagini cu o rezoluție mai bună ale zonei colului uterin și să identifice mai ușor leziunile sau zonele anormale. Colposcopia digitală este o tehnică modernă de examinare a colului uterin și a vaginului inferior, care utilizează imagini digitale de înaltă rezoluție pentru a evalua și diagnostica leziunile cervicale. În timpul unei proceduri de colposcopie digitală, medicul va utiliza o cameră specială pentru a capta imagini detaliate ale colului uterin și ale vaginului inferior, imagini care sunt apoi procesate și afisate pe un monitor de calculator, permitând medicului să analizeze și să examineze cu atenție toate zonele afectate. De asemenea, imaginile pot fi stocate pentru referința ulterioară sau pentru a le partaja cu alți specialiști în cazul în care este necesar.

Rolul chirurgiei minim invazive în tratamentul endometriozei profunde

Prof. Dr. Brătilă Elvira,
Spitalul Clinic de Obstetrica si Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu"

Femeile din toate grupurile etnice și sociale, predominant de vârstă reproductivă, pot fi afectate de endometrioză. Această boală ginecologică des întâlnită este definită ca prezența țesutului de tip endometrial în afara uterului, care induce o reacție cronică, inflamatorie. Tratamentul optim pentru endometrioză este încă neclar, cu o întârziere în diagnosticarea bolii citată la aproximativ 6,7 ani. Boala afectează între 5 și 15% dintre femeile de vârstă reproductivă, cu prevalență variabilă între populații. Simptomele endometriozei variază de la lipsa durerii până la durerea pelvină severă debilitantă, cronică, incapacitantă, care afectează negativ calitatea vieții, sănătatea mintală și interacțiunile sociale. Pacienții care suferă de endometrioză raportează o deteriorare a productivității vieții profesionale la o medie de aproximativ 10 ore pe săptămână. Există o corelație slabă între leziunile descoperite în cadrul unei intervenții chirurgicale cu simptomele bolii, care nu sunt direct reprezentative pentru severitatea bolii. O proporție de femei sunt diagnosticate întâmplător în momentul laparoscopiei pentru alte afecțiuni pelvine. Unele femei cu boală minoră sunt suprainvestigate, tratate și chiar supuse unei intervenții chirurgicale, în timp ce o parte dintre femeile cu boală gravă trec neobservate. Cu orice formă de management, recurența durerii și ratele reoperatorii în chirurgia conservatoare sunt mari și adesea subestimate. Experiența și nivelul de calificare al chirurgului operator influențează rezultatul tratamentului.

O gamă largă de abordări medicale și chirurgicale au fost practicate pentru managementul endometriozei. Tratamentul medical care are ca scop suprimarea ovulației cu agenți hormonali este eficient în reducerea durerii la 80-90% dintre femei; Cu toate acestea, reapariția durerii este frecventă după întreruperea tratamentului. Laparoscopia sau chirurgia robotică este acum considerată alegerea preferată de management pentru endometrioză datorită progreselor în tehnologia chirurgiei minime invazive. Tehnicile laparoscopice pentru tratamentul endometriozei depind de localizarea leziunilor, de severitatea simptomelor și de scopul tratamentului.

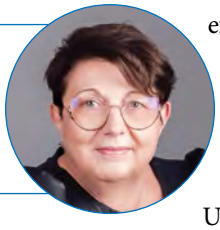
Rolul și avantajele chirurgiei minim invazive

Excizia completă și corectă a leziunilor de endometrioză profundă, fie că vorbim de chisturile endometriozice, de leziunilor de endometrioză profundă de la nivel pelvin sau endometrioza vezicii urinare și a intestinului, aduce o îmbunătățire a calității vieții. Un studiu realizat pe o parte din pacientele operate arată faptul că în urma intervenției chirurgicale, a existat o ameliorare semnificativă a dismenoreei (menstruație dureroasă), dispareuniei (durere sau disconfort in timpul actului sexual), durerilor pelvine cronice, durerilor la defecație și durerilor abdominale non-menstruale. S-a observat, de asemenea, o îmbunătățire a scorului pentru calitatea vieții evaluat prin chestionarele de specialitate. Astfel, am înregistrat o îmbunătățire remarcabilă în toate aspectele sănătății mentale și fizice în cadrul pacientelor care au fost supuse unei intervenții chirurgicale în care s-au excizat laparoscopic leziunile de endometrioză profundă.

Patologia oncologică trebuie abordată personalizat

Cancerul reprezintă a doua cauză de deces după bolile cardiovasculare, atât în Europa cât și în țara noastră, reprezentând 26% din totalul deceselor. Progresele în oncologie se orientează atât spre evaluarea factorilor de risc și a metodelor de prevenire cât și spre depistarea precoce a bolii, metode noi de tratament care presupun evaluarea principalilor biomarkeri tumorali, modalități de urmărire a evoluției acestora pe parcursul bolii oncologice, evaluarea pacientului în comisii multidisciplinare atunci când discutăm stabilirea managementului bolii oncologice pe tot parcursul acesteia.

Conf. Univ. Dr. Dana Lucia Stănculeanu,
medic primar oncologie medicală
Șef Secție Oncologie Medicală 1 în Institutul Oncologic București



Actualități în tratamentul oncologic în 2023

Provocările și actualitățile ultimilor 2 ani au fost date de noile tratamente, de noile molecule, în aproape toate localizările de cancer. Un exemplu important îl reprezintă cancerul de sân mai ales pentru forma triplu negativă unde mai multe molecule au dus la schimbarea completă a viziunii de tratament, dar și modalitățile de combinare între aceste molecule: imunoterapie, chimioterapie și terapiile țintite. De asemenea și abordarea secvențială a tratamentului este o nouă provocare, alături de managementul reacțiilor adverse.

Au apărut medicamente care și-au dovedit fără echivoc eficacitatea în tratamentul cancerului mamar metastatic, cu rezultate notabile atât privind supraviețuirea fără progresie a bolii, cât și supraviețuirea generală. Un alt medicament nou de tip anticorp monoclonal conjugat este acum oferit în tratament tot la pacientele cu cancer mamar nerezecabil sau metastazat care au utilizat anterior terapie endocrină și cel puțin două terapii sistemice suplimentare.

De asemenea, în ultimul an au apărut oportunități terapeutice prin aprobarea pentru decontare CNAS a multiple molecule noi care au permis abordul bolii oncologice într-o manieră modernă.

Perspective în tratamentul cancerului prin vaccinare

Vaccinurile împotriva cancerului reprezintă o arie emergentă și promițătoare în cercetarea medicală. Aceste vaccinuri au ca scop stimularea sistemului imunitar al pacientului pentru a identifica și a ataca celulele canceroase. Există mai multe abordări diferite în dezvoltarea vaccinurilor pentru tratamentul cancerului. De menționat ar fi vaccinurile folosite în prevenția bolii, cum sunt cele împotriva infecției cu HPV sau împotriva virusurilor hepatitei.

În ultima perioadă și în România se încearcă o nouă strategie de prevenție prin vaccinare și consider că ar trebui implementate campaniile de screening și prevenție pentru afecțiunile neoplazice la nivel național.

De asemenea de menționat sunt și vaccinurile terapeutice, concepute pentru a trata pacienții care deja au cancer prin activarea sistemului imunitar pentru a recunoaște și a ataca celulele canceroase. Aceste vaccinuri pot fi personalizate pentru fiecare pacient în parte, ținând cont de specificitatea tumorii respective. Sigur aceste vaccinuri se află în faza de cercetare. Cercetarea în domeniul vaccinuri-

lor pentru tratamentul afecțiunilor oncologice este în continuă evoluție și este o arie care merită exploatată și consider că în următoarea perioadă vom avea rezultate promițătoare.

Legătura între molecula de cancer și tratamentul personalizat

Patologia oncologică trebuie abordată personalizat, fiecare pacient este unic, ghidurile terapeutice ne îndrumă, iar experiența medicului oncolog își spune de asemenea cuvântul. Abordarea terapeutică în oncologie trebuie realizată personalizat, în funcție de profilul pacientului: clinic, biologic, molecular. Legătura dintre caracteristicile moleculare ale cancerului și tratamentul personalizat este esențială în dezvoltarea unei abordări eficiente și precise în tratarea bolii. Este crucial în înțelegerea și tratarea cancerului identificarea specifică a modificărilor moleculare și genetice care duc la dezvoltarea și progresia bolii. Caracteristicile moleculare ale cancerului, cum ar fi mutațiile genetice, anomaliile cromozomiale, exprimarea genelor și nivelurile de proteine, pot varia semnificativ între pacienți și tipuri de cancer. Aceste caracteristici moleculare joacă un rol-cheie în determinarea modului în care se dezvoltă boala, a răspunsului la tratament și evoluției în timp. Tratamentul personalizat sau tratamentul individualizat se referă la adaptarea terapiei în funcție de caracteristicile moleculare specifice ale unui pacient și ale cancerului său. Acest lucru implică o abordare precisă și direcționată comparativ cu tratamentele generice, standard.

Imunoterapia rămâne o cale de tratament obligatoriu aplicată pacientului oncologic

În ultimele decenii, cunoștințele noastre privind relația dintre cancer și sistemul imun au crescut considerabil. Succesul din ultimii ani privind imunoterapia în tratamentul cancerului, inclusiv anticorpii monoclonali, vaccinurile împotriva cancerului și terapia inhibitori cu puncte de control imun au revoluționat terapia antineoplazică. Imunoterapia a devenit o componentă semnificativă a tratamentului pentru aproape toate tipurile de cancer. Eficiența și utilizarea imunoterapiei variază în funcție de diverși factori precum tipul de cancer, stadiul bolii, prezența receptorilor pentru inhibitorii punctelor de control, răspunsul imunitar al pacientului și alte tratamente anterioare sau concomitente. Discutăm de mai multe tipuri de imunoterapie. Unele dintre ele sunt deja aplicate în strategia terapeutică altele sunt în curs de cercetare. Principalele tipuri sunt utilizarea inhibitorilor punctelor de control, terapia cu CART, terapia cu cytokine sau anticorpi monoclonali. Cu toate acestea, provocări încă există în acest domeniu. Terapiile combinate personalizate vor fi următoarele strategii terapeutice în oncologie, iar o cercetare atentă a interacțiunii dintre tumoră și micromediul tumoral este necesară în această direcție.

Decizia de a utiliza imunoterapia ca parte a tratamentului pentru un pacient oncologic depinde de evaluarea individuală a situației medicale și de consultul medicului oncolog. Este important ca pacientul să discute cu echipa medicală pentru a înțelege opțiunile de tratament disponibile și pentru a lua o decizie informată și personalizată.

Displazia de șold la nou-născut

Displazia de șold la nou-născut sau la sugar, purtând și denumirea de displazie de dezvoltare a șoldului sau luxație congenitală de șold, este o patologie ce apare în situația în care cavitatea osului iliac este prea mică pentru a se potrivi perfect cu capul femural. Cazurile severe sunt diagnosticate în timpul screening-ului neonatal, însă în alte situații simptomele devin vizibile odată cu creșterea și intensificarea gradului de activitate fizică. În cazul întârzierii tratamentului pot apărea daune ireversibile, displazia de șold reprezentând principala cauză a artritei precoce a șoldului înaintea vârstei de 60 de ani. Din acest motiv ecografia de șold reprezintă nu doar o investigație utilă, ci potențial salvatoare; monitorizarea și intervenția timpurie pot preveni durerea și dizabilitatea la vârstă adultă.

Dr. Codruța Popa,
medic primar neonatolog,
medic specialist pediatru,
Spitalul Județean
de Urgență Craiova

Iată și câteva statistici la nivel mondial ale acestei patologii: 1 din 10 nou-născuți vine pe lume cu o instabilitate a șoldului, 90% recuperându-se în mod natural după naștere; aproximativ 1 din 100 sugari vor necesita tratament pentru displazia de dezvoltare a șoldului, aproximativ 1 din 500 de sugari are șoldul complet luxat.

Simptomele comune pentru patologie includ: lungime mai mică a piciorului de pe partea laterală a șoldului afectat, pliuri din pielea coapsei/feselor cu aspect uniform, o senzație de pocnire la mișcarea șoldului.

Cauzele de apariție nu sunt cunoscute pe deplin, însă consider că o serie de factori cresc riscul de apariție, după cum urmează: istoricul familial de displazie de șold (părinte – risc de 12%- sau rudă apropiată-frate/soră – risc de 6%), sexul (fetele au de 4-5 ori mai crescut riscul), statusul de prim născut (bebelușul are o poziție mai strânsă în uter), nașterea în prezentație pelviană după vârsta gestațională de 28 de săptămâni, poziția culcată a mamei în timpul sarcinii, înfășatul prea strâns după naștere. De asemenea, este mai frecvent întâlnită la nivelul șoldului stâng.

Deși ecografia de șold nu face parte încă din investigațiile de rutină ale unui nou-născut, medicul neonatolog va recomanda efectuarea acesteia când există motive de suspiciune, mai ales dacă sunt cunoscute și antecedente familiale. Ecografia poate evidenția aspectul capului femural și al acetabulului, fiind modalitatea ideală de diagnostic pentru copiii cu vârsta nu mai mare de 6 luni. După împlinirea vârstei de 6 luni, mă bazez pe radiografie, care este mai fiabilă decât ecografia. Subliniez cu această ocazie importanța acestei proceduri imagistice, pe care o recomand în primul rând pacienților cu istoric familial, apoi bebelușilor născuți în prezentație pelvină, sarcinilor gemelare cu unul din bebeluși în prezentație pelvină, ideal până la vârsta de 4-6 săptămâni de viață.

De reținut că în urma unui tratament de succes pacientul reușește să meargă la fel ca ceilalți copii de vârsta sa, mai ales dacă se intervine în timp util. Pentru cazurile în care se intervine mai târziu există o ușoară întârziere în deprinderea mersului sau un mers șchiopătat.

Bio Active MC,
produs japonez de excepţie!

Am fost contactaţi de aparţinătorii a două persoane care au folosit Bio Active MC.

Iată 2 cazuri noi:

1. Domnul I.D. din judeţul Giurgiu, în vârstă de 76 de ani, tumori la mai multe organe. Medicii au recomandat radioterapie, dar analizele au arătat că organismul este foarte slăbit. Domnul a decis să ia **Bio Active MC Oyama Agaricus** câte 2 pliculeţe/zi iniţial, apoi câte 3 pliculeţe/zi. După 2 luni analizele au arătat că starea organismului permite începerea terapiei recomandate de medic.

2. Pacienta R.A. din jud. Cluj, 68 de ani, cancer la sân operat acum 10 ani, continuă să ia **Bio Active MC Oyama Agaricus** 10 zile/lună câte 1 pliculeţ/zi pentru prevenirea reapariţiei celulelor canceroase. Face investigaţii anuale care au ieşit în parametrii normali

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

Naturland
viitorul există în natură

Distribuitor, Importator:
Euro Japan Trading

Recomandăm achiziţionarea din punctele de distribuţie menţionate pe site-ul nostru (farmacii sau magazine naturiste) şi verificarea compatibilităţii produsului cu tratamentul dat de medicul curant.

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

Importator:
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 şi meriţi să ai parte de ea!
- Deoarece conţine 100% extract din ciuperca Agaricus Blazei Murill, denumită „Ciuperca lui Dumnezeu", cunoscută pentru acţiunea anti-tumorală puternică.
- Deoarece ciuperca este cultivată în mediu natural, nu în seră, fără îngrăşăminte chimice.
- Deoarece **Bio Active MC** îţi oferă garanţia calităţii japoneze, prin mărcile primite de la asociaţii de Medicină Alternativă şi Complementară din Japonia.
- Deoarece îl achiziţionezi din farmacie sau plafar, cu indicaţii de administrare personalizate.
- Deoarece vezi minime îmbunătăţiri ale stării de sănătate în 10-12 ZILE!
- Deoarece sănătatea este mai bună decat toate şi meriţi să ai parte de ea!
- Conţine 120 de elemente necesare organismului (minerale, aminoacizi, oligoelemente) şi este uşor de înghiţit şi uşor de asimilat!

„Anestezia la pacienții cu politraumatism reprezintă una dintre cele mai mari provocări„

Clinica noastră îngrijește pacienți extrem de gravi, mulți dintre aceștia venind prin transfer din spitale regionale, ceea ce presupune pregătirea în permanență pentru urgențe de o maximă gravitate. Secția este dotată cu aparatură modernă de ultimă generație, obținută prin programe comune ale Ministerului Sănătății și ale Băncii Mondiale, dar și din resurse proprii. Această tehnologie medicală de vârf, ne permite aplicarea de proceduri medicale avansate, conform cu recomandările internaționale. Astfel, fiecare pacient poate beneficia de monitorizare invazivă complexă, metode de ventilație mecanică, terapie de substituție renală continuă la pat etc.

Prof. Dr. Ioana Grințescu,
Șef Secție Anestezie și Terapie Intensivă a Spitalului Clinic de Urgență București

Îngrijirea unui pacient cu traumă multiplă

Anestezia la pacienții cu politraumatism reprezintă una dintre cele mai mari provocări, pentru că medicul anestezist trebuie să îngrijească un pacient despre care nu deține informații, care de cele mai multe ori este instabil hemodinamic și respirator și care ar putea prezenta comorbidități evidente, care cresc riscul anestezic. Referitor la managementul de terapie intensivă, monitorizarea hemodinamică, corectarea dezechilibrelor fluido-coagulante și suportul nutrițional reprezintă elemente esențiale. Dispunem de tehnologie modernă de monitorizare avansată și ecografie transesofagiană continuă. Lucrând într-un spital de urgență, managementul acestor cazuri complexe este realizat de echipe multidisciplinare, fiecare având un rol bine stabilit în algoritmul terapeutic al pacientului.

Programul național de transplant de organe și țesuturi

Am făcut parte din echipa care a introdus algoritmele de identificare, diagnostic, menți-

nere și anestezie destinate potențialului donor de organe aflat în moarte cerebrală. Aceste protocoale sunt extrem de riguroase, sunt standardizate, fiecare membru al echipei noastre le cunoaște în amănunt, astfel încât în procesul de diagnosticare nu sunt admise erori. De asemenea, există definiții clare ale parametrilor ideali pe care le folosim pentru acești pacienți, referitoare la menținerea perfuziei organelor ce urmează să fie transplantate și a modalităților farmacologice optime necesare, în vederea menținerii funcției acestor organe în limite normale pentru prelevare și pentru transplant.

În clinica noastră s-a efectuat prima prelevare multiorgan din țara noastră și am făcut parte din echipa care a asigurat partea de anestezie și terapia intensivă pentru primele transplante de cord din România.

Importanța nutriției în îngrijirea pacienților critici

Am creat și am dezvoltat un centru pentru nutriția clinică în cadrul secției noastre, atât pentru pacienții critici cât și pentru pacienții cu diverse alte patologii, lucrând astfel într-o echipă multidisciplinară cu colegii din celelalte specialități clinice ale spitalului, cu scopul de a realiza evaluarea nutrițională și planul de nutriție adaptat patologiei și individualizat fiecărui pacient.

Nutriția clinică reprezintă un aspect vital al managementului pacienților critici. Aceasta presupune administrarea substratelor nutritive în scop medical, sub forma unui suport nutrițional specializat, la pacienții spitalizați, prescris și monitorizat de către o echipă medicală specializată (echipa de suport nutrițional) sau de către un medic cu pregătire specială în nutriția clinică. Nutriția enterală include alimentarea pe sonda intragastrică sau intrajejunală, iar nutriția parenterală presupune administrarea intravenoasă (pe un cateter venos central sau pe un cateter periferic) a substanțelor nutriționale. Formulele enterale conțin atât macronutrienți (proteine, lipide, carbohidrați, apă și electroliți), cât și micronutrienți (vitamine și oligoelemente), în timp ce soluțiile parenterale nu conțin micronutrienți, aceștia trebuind adăugați ulterior, în funcție de necesarul nutrițional al pacienților. La ora actuală dispunem de tehnologii avansate și în acest domeniu, pompe de alimentație, diverse tipuri de sonde, precum și preparate adaptate specificului metabolic și necesarului nutrițional ale unor patologii distincte (diabet, boli hepatice, pancreatite, boli renale, patologii intestinale etc).

Implicarea medicului de terapie intensivă în îngrijirea unui pacient critic cu arsuri grave.

Unitatea de îngrijire a pacienților cu arsuri grave din cadrul spitalului nostru dispune de șase rezerve, a câte un pat fiecare, în care acești pacienți pot fi îngrijiți într-un mediu izolat. Pacientul cu arsuri grave reprezintă o categorie aparte a pacienților critici, prin prisma impactului sever pe care îl are arsura asupra organismului. Pacienții beneficiază de îngrijire din partea unei echipe multidisciplinare de medici intensiviști și chirurgi plasticieni, și prin prisma polivalenței spitalului nostru, pot beneficia de consulturi interdisciplinare, în funcție de particularitățile evolutive ale fiecărui caz. Pacientul ars grav este modelul cel mai complex al unui pacient critic, tulburările metabolice precoce și reacția adaptativă la stresul produs de arsură inducând o disfuncție organică multiplă, ce necesită o intervenție de terapie intensivă promptă. Este un domeniu în continuă cercetare, dar în pofida descoperirilor și îmbunătățirii managementului în ceea ce privește resuscitarea volemică, excizia și grefarea precoce și controlul infecțiilor, pacienții cu arsuri grave au încă o incidență crescută a mortalității sau sunt la risc de a dezvolta morbidități importante secundare modificărilor metabolice apărute. Și în această secție se urmărește aplicarea cu strictețe a protocoalelor internaționale, rezultatele noastre fiind comparabile cu datele din literatură.

Îmbunătățirea performanțelor piloților de raliu

Creierul nostru, care are o greutate aproximativă de 1375 grame, funcționează cu ajutorul unor circuite neuronale sau celule nervoase. Comunicarea între neuroni este atât electrică cât și chimică. Un sfert din creier este folosit pentru a controla ochii, aceștia având doar funcția fundamentală de „cameră de luat vederi". Oamenii isteți își antrenează creierul pentru a memora cât mai bine.

Dr. Eva Mihaela Dobranici,
medic primar Medicină Sportivă, Ambulatoriul pentru sportive, Policlinica Vitan

Un pilot de raliuri are nevoie să rețină cât mai bine traseul pe care îl parcurge înaintea concursului și în special să identifice capcanele acestuia și locurile unde ar putea merge mai tare.

Deși cele două emisfere ale creierului au același aspect, ele îndeplinesc sarcini diferite. Acestea sunt unite printr-o porțiune de țesut nervos denumit corp calos. În cazul în care acesta este tăiat sau rănit, cele două emisfere cerebrale se vor comporta parțial independent, având gânduri și emoții separate.

Emisfera stângă este responsabilă cu controlul mișcărilor din partea dreapta a corpului și conține cei mai importanți centri: ai vorbirii, limbii, perspicacității în matematică și gândirii logice. Emisfera stângă este sediul limbajului, cuvântului, implică aspectele lingvistice ale scrierii, este sediul calculului logic, cifrelor, raționamentelor, capacității de analiză și abstractizare. Prin ea, orice percepție se traduce în reprezentare logică, semantică și fonetică. Persoana dominată de emisfera stângă are preferință pentru relațiile cauzale unilaterale (cauza - efect), caută să aibă explicații pentru orice, gândirea fiind metodică și structurată.

În situații limită, vocea din aceasta emisferă a pilotului de raliu va spune: nu mergem mai departe, putem avaria mai rău mașina; ne-am risca viața în felul acesta. De aceea aici trebuie să intervină psihologul sportiv.

Emisfera dreaptă controlează partea stângă a corpului fiind responsabilă pentru senzațiile vizuale, talentul muzical și gândirea liberă sau abstractă. Emisfera dreaptă este sediul gândirii fără limbaj, al înțelegerii nonverbale, al recunoașterii formelor, percepțiilor spațiale… Ea este responsabilă pentru tonul și intonațiile vocii, pentru ritm, muzică, imaginație, simțul culorilor, visuri... Imaginația și intuiția își au locul în această emisferă. Persoana cu această emisferă dominantă are o memorie video spațială, preferând o abordare intuitivă, interactivă.

Piloților de raliu, în situații limită vocea aici le-ar spune: mergem mai departe fără să ne gândim la ce mai putem strica; mergem mai departe pentru că vom câștiga.

Având în vedere aceste caracteristici, s-au pus în evidență profesiile în care sunt implicate una sau alta dintre emisfere în mod preponderant. Profesii care implică folosirea emisferei stângi sunt: inginer, tehnician, economist, administrator, medic, jurist, informatician, chimist, matematician. Printre profesiile care implică folosirea emisferei drepte avem: muzician, dansator, scriitor, artist, poet, psiholog, sculptor, expert în relații umane, filozof (fondator de sistem), manager, actor, pilot (pentru a atinge performanțe maxime este indicat să se contopească și cu calitățile emisferei stângi). (urmare în numărul viitor).

Aritmiile copilului în ambulator

Incidența globală a tulburărilor de ritm la populația pediatrică este estimată a fi de 55/100.000 de prezentări în ambulatorul de cardiologie pediatrică și în serviciul de urgențe pediatrice. În camera de gardă sau în ambulator se prezintă de cele mai multe ori un pacient pediatric cu anxietate și rareori cu dispnee, fără o patologie cardiacă cunoscută, care acuză palpitații, ritm cardiac rapid sau neregulat. S-a dovedit că 89% dintre acești pacienți prezintă relații normale la examenul obiectiv cardiovascular sau înregistrarea electrocardiografică. La copil, tulburările de ritm cardiac sunt de o mare diversitate dar, în general, sunt mai puțin frecvente ca la adult. Incidența disritmiilor ventriculare grave este scăzută. Prognosticul este grevat de prezența unei cardiopatii asociate și de istoricul familial de sincopă sau moarte subită. Atitudinea față de activitatea sportivă este dictată de prezența și gravitatea simptomelor generate de tulburarea de ritm, în aceeași măsură ca însăși declanșarea disritmiei de efortul fizic sau stres.

Conf. Univ. Dr. Angela Butnariu,
Cabinet Pediatrie – Cardiologie Cluj-Napoca

Asist. Univ. Dr. Alexandru Munteanu,
Catedra de Nursing, UMF Cluj-Napoca

Spre deosebire de patologia adultului, în pediatrie aritmiile cardiace sunt mult mai rar întâlnite. Explicații sunt multiple, dar prioritar este faptul că la copil patologia cardiovasculară este mult mai redusă decât la adult. Se consideră că tahicardia sinusală (puls crescut) este întâlnită în 50%, tahicardia supraventriculară (puls 140-180 bătăi pe minut, sau mai mare) în 13% și bradicardia (puls scăzut) în 6% dintre cazuri.

Trebuie să subliniem faptul că frecvența cardiacă la copil este foarte variabilă cu vârsta, fiind cu atât mai înaltă cu cât copilul este mai mic; excepție face prima săptămână de viață, astfel încât cele mai înalte frecvențe cardiace fiziologice din toată viața umană se estimează în jurul vârstei de 1 lună.

După cum se observă din tabel și în cadrul aceleiași grupe de vârstă există o mare variabilitate a normalului. În camera de urgență sau în ambulator se prezintă de cele mai multe ori un pacient pediatric cu anxietate și rareori cu dispnee, fără o patologie cardiacă cunoscută, care acuză palpitații, ritm cardiac rapid sau neregulat. Există și o a doua categorie de pacienți minori aduși de aparținători pentru că au constatat un puls cu valori pe care ei le consideră mai accelerate decât normalul.

Tulburările supraventriculare de ritm sunt, de departe, cele mai frecvente disritmii cardiace la copil. Extrasistolele atriale și joncționale sunt banale și se întâlnesc la 20% dintre copiii sănătoși.

Tulburările ventriculare de ritm, mult mai rare la copil decât la adult, sunt fie benigne, fără semnificație patologică, fie cu semnificație serioasă, de obicei, marca unei cardiopatii congenitale sau dobândite.

Tabel – Frecvențele cardiace normale la copil

Vârsta	0-7 zile	7 zile - 6 luni	6-12 luni	1-5 ani	5-10 ani	10-16 ani
Fecvența cardiacă/minut *(media statistică)	90-160 (120)	100-175 (140)	100-160 (130)	70-150 (110)	66-140 (100)	60-120 (90)

Neurochirurgia funcțională în Timișoara

Neurochirurgia funcțională este o subspecialitate distinctă în cadrul neurochirurgiei. Este tot o neurochirurgie care se adresează sistemului nervos și folosește exact aceleași tehnici chirurgicale ca neurochirurgia „morfologică – anatomică", dar diferă de aceasta prin obiective și ca atare, tipul de pacienți și boli cărora li se adresează. Numim neurochirurgie anatomică acea neurochirurgie care se adresează direct unor modificări majore a structurii sistemului nervos, care induc o problemă de funcționare. Un exemplu tipic ar fi o tumoră care crește în interiorul creierului sau adiacent acestuia și apasă pe el în așa fel încât induce o paralizie. În aceste cazuri se scoate masa tumorală pentru a înlătura compresiunea și a da creierului posibilitatea de a-și reveni și relua funcția normală. În principiu, cu cât se intervine sau se „atinge" mai puțin creierul în sine cu atât mai bine.

Conf. Univ. Dr. Habil. Horia Pleș,
Șef secție Neurochirurgie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara, Șef disciplină Neurochirurgie, UMF "Victor Babeș", Timișoara, Președinte Societatea Română de Neurochirurgie

Neurochirurgia funcțională e diferită în sensul că se adresează unui creier aparent „anatomic" cvasi-normal pentru a-i corecta unele funcții care sunt intrinsec alterate. Creierul și sistemul nervos funcționează ca o sumă de sisteme – circuite biologice – nu electrice, care sunt interconectate și care se influențează unele pe altele în moduri foarte complexe. Pentru o funcționalitate normala este necesar ca aceste circuite să fie în echilibru funcțional. Aceasta înseamnă că în interiorul creierului pot exista circuite care sunt prea active și generează impulsuri anormale (le numim focare) sau circuite care sunt insuficient funcționale. Obiectivele neurochirurgiei funcționale sunt în acest caz de a restaura o funcționalitate normală a sistemului nervos, fie prin reducerea sau eliminarea unor centri

anormal activi, fie prin stimularea unor circuite insuficient active. În sensul acesta există numeroase tipuri de operații. Când există zone din creier care generează impulsuri electrice în mod anormal și necontrolat (focare) este necesar ca acestea ori sa fie suprimate ori „izolate" prin întreruperea căilor de transmisie de la aceste zone la restul creierului. Aceste chirurgii sunt numite și „distructive", în termeni medicali „ablative". Evident acest lucru trebuie făcut fără alterarea funcțiilor de baza ale creierului. În celălalt caz, în care unele circuite sunt insuficient active se pot implanta electrozi în zonele inactive și acestea pot fi stimulate direct. Și aici contează precizia cu care se fac lucrurile, iar câteodată este nevoie de o precizie la nivel de fracțiune de milimetru.

Ca și patologie, neurochirurgia funcțională se adresează unor boli considerate în mare măsură până de curând „neurologice", cel puțin în majoritatea lumii. Vorbim de epilepsie, de boala Parkinson și afecțiunile înrudite care se numesc „tulburări de mișcare", vorbim de asemenea de unele sechele ale accidentelor vasculare cerebrale sau ale altor leziuni majore ale creierului, manifestate prin contracturi necontrolate la nivelul membrelor, manifestări care se regăsesc sub denumirea de spasticitate. Nu în ultimul rând, vorbim despre tratamentul chirurgical al durerii cronice, care este un domeniu aparte. Există și o ramură care se numește psihochirurgie și care se adresează unor afecțiuni considerate în legătură cu psihiatria dar aici sunt încă puține indicații bine stabilite.

Epilepsia este o boală cronică a sistemului nervos rezultând într-o disfuncție la nivel neuronal sau de circuit neuronal. Odată apărută implică ori un tratament constant pe viață, ori, în cazuri speciale, operații care pot vindeca boala epileptică. Epilepsia reprezintă 10% din totalul afecțiunilor neurologice (exceptând infecțiile și trauma) și apare cu o incidență aproximativă de 50/100k de locuitori pe an. Bolnavii epileptici au un handicap major din cauza maladiei și de multe ori chiar și din cauza tratamentului medicamentos care poate induce tulburări cognitive pe termen lung.

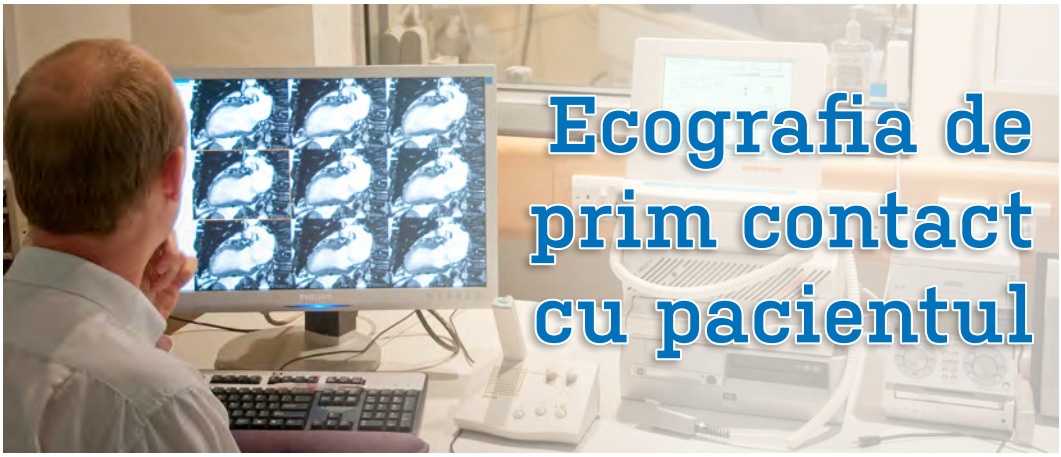
Tratamentul epilepsiei cere eforturi majore financiare și organizaționale la nivel de instituții medicale și la nivel de societate. Pentru anumite tipuri de epilepsie (reprezentând 30% din pacienți) există o acțiune chirurgicală cu potențial curativ.

Tratamentul chirurgical al epilepsiei implică studierea funcționării sistemului nervos din punct de vedere electric prin metode a căror natura este echivalentă cu metodele neuro-științifice de laborator:

- implantare de electrozi pentru studiul epilepsiei,
- studiul matematic al distribuției curenților în cortexul cerebral,
- studiu electromagnetic al activității cerebrale,
- studiul metabolismului cerebral prin urmărirea distribuției de oxigen și glucoză.

După un studiu detaliat se determină dacă există o zonă mică din creier care generează crizele și dacă da, unde este localizată aceasta. Când este identificată, zona poate fi scoasă, ceea ce duce în 90% din cazuri la vindecarea epilepsiei. Este o rată de vindecare enormă pentru o operație neurochirurgicală, dar drumul până acolo este lung și cere un platou tehnic complex și echipe medicale mari formate la un nivel înalt. Investiția însă merită a fi făcută, pentru că pacienții tratați nu mai trebuie să ia medicamente pentru epilepsie practic deloc. Pacienții fiind de obicei tineri sau chiar copii, vorbim deci de 40-60 de ani de tratament de care sunt scutiți. Evident că pe termen lung, în ciuda investiției inițiale mari, beneficiul economic pentru societate este enorm – de ordinul a 10x investiția inițială. Din păcate, în țară suntem foarte în urmă cu un asemenea program și în loc de 500-1000 de operații pe an, se fac doar vreo 50 și aceasta într-un singur loc din București. România ar avea nevoie de un minim de 3 centre pentru chirurgia epilepsiei.

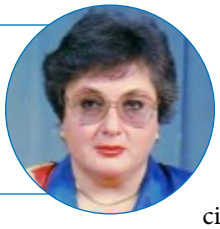
(continuare în numărul viitor)



Ecografia de prim contact cu pacientul

Miniaturizarea și scăderea progresivă a costurilor aparaturii ecografice reprezintă un mare avantaj pentru practicienii ecografiei clinice. Astfel, examinarea face parte dintr-un scenariu clinic, care începe cu anamneză și examen obiectiv (bazat pe metodele clinice - inspecție, percuție, palpare și auscultație) și este urmată imediat de un examen ecografic, efectuat în cabinet sau chiar la patul bolnavului. Acest examen integrat într-un tablou clinic permite un diagnostic adesea rapid și deci permite o atitudine terapeutică în consecință. Practicienii ecografiei au adoptat de asemenea o denumire propusă pentru acest complex clinic și anume examenul clinico-ecografic (D. Camen). Este în fapt tot o metodă clinică de examinare complementară metodelor clinice propriu-zise – inspecție, palpare, percuție, auscultație.

Prof. Univ. Dr. Viorela Enăchescu,
UMF Craiova



Folosind acest tip de examinare de tip ecografie clinică, aceasta a permis accesul la ecografie pentru numeroase specialități non-radiologice (medicină de familie, medicină internă, gastroenterologie, urologie, nefrologie, endocrinologie, reumatologie etc) care au înlocuit în multe locuri, aproape complet, ecografia efectuată în departamentele de imagistică.

Metoda se diferențiază de ultrasonografia efectuată în departamentele de imagistică, unde examinarea se efectuează la cererea/indicația clinicianului de către radiolog (care adesea nu stăpânește toate informațiile clinice ale pacientului) sau uneori chiar de sonografer, tehnician care efectuează examenul ecografic în unele state precum SUA sau Marea Britanie, urmând ca acesta să fie apoi interpretat de către medic.

Practic, modalitățile de realizare a ecografiei sunt:

a. Ecografia convențională bidimensională, efectuată de către medicii radiologi/imagiști, dar și de diverși specialiști în cadrul specialității lor, pe bază de programare, cu analiza și interpretarea imaginilor de multe ori după un anumit interval de timp.
b. Ecografia bidimensională cu tehnici speciale: Doppler, 3D, 4D real time, Contrast – CEUS- Sonovue, Elastografie, Ecografia de fusiune, efectuată în special de către medicii radiologi/imagiști sau de medici gastroenterologi, cardiologi, de regulă în laboratoare specializate.
c. Ecografia procedurală sau intervențională sub ghidaj ecografic – efectuată de către me-

dicii radiologi/imagiști sau din alte specialități, prin tehnici minim invazive, care necesită condiții speciale de practică, timp de efectuare și apoi supraveghere.

d. Ecografia de prim contact cu pacientul – efectuată de medicul clinician la locul de îngrijire al pacientului, atât la cabinet cât și la domiciliu, în camere de gardă și primiri urgențe, cât și la locul accidentului (tehnica FAST) pentru a ghida într-un timp cât mai scurt managementul de caz în scop diagnostic precoce și orientat. Reprezintă practic o prelungire și o completare a examenului clinic al medicului curant sau/și o nouă metodă clinică de examinare, complementară metodelor de inspecție, palpare, percuție, auscultație.

Metoda permite o abordare ultrasonografică rapidă, standardizată, utilizând protocoale și secțiuni de examinare și folosind modurile ecografice din configurația echipamentelor - ecografie bidimensională convențională, 3D, Doppler, elastografie.

În 2015 Federația Europeană a Societăților de Ultrasonografie în Medicină și Biologie (EFSUMB) denumește metoda „ecoscopie". În timp sunt utilizate și alte denumiri, unele deosebit de sugestive – un „nou stetoscop" al clinicianului, „a treia mână a medicului" sau „ ultrasonografie consultativă".

Realizările concrete ale acestei metode ecografice, care o deosebesc de examinările convenționaleclasice sunt: diagnostic adesea rapid (ex. litiaza biliară), precis, încadrat într-un context clinic (litiază cu/fără colici biliare, litiaza cu/fără icter), timp de așteptare absent pentru examinare și luarea unei decizii terapeutice imediate (ex. colecistectomie).

Caracteristicile metodei ecografiei clinice:

- Implică un contact personal între medic și pacient la „patul bolnavului",
- Este realizată țintit la locul de impact – traumatism, durere, tumefacție său sintetic cu ținte precise în cadrul unor sindroame – de ex. sindrom icteric, sindrom anemic, obstrucție urinară, hematurie (sânge în urină),
- Poate fi realizată în câteva minute, comparabil cu examenul fizic tradițional, sau cu examinări ecografice laborioase,
- În multe cazuri depășește și completează datele obținute la un examen clinic,
- Este la fel de valoroasă când exclude unele supoziții clinice pentru a cerceta alte circumstanțe patologice,
- Este o metodă rapidă, neinvazivă, cu costuri reduse, având în vedere costurile mici ale echipamentelor miniaturizate sau ale softurilor, comparativ cu aparatele complexe.

Principalele structuri examinate în cadrul acestei ecoscopii sunt:

Abdominal – vase, viscere, limfonoduli, recesuri peritoneale – în secțiuni standardizate. Parenchimul hepatic/pancreatic/splenic/renal este adesea insuficient explorat, neputând exclude sau caracteriza suficient procesele focale profunde. Pot fi incomplet explorate - structurile superficiale abdominale – regiunea ileo-cecala, colonul, sigmoid, alte structuri intestinale, recesuri costodiafragmatice laterale.

Toracal – cordul și pericardul, evaluarea contractilității, cavitățile pleurale, arcul aortic, regiunea paratraheală, fereastra aorto-pulmonară, parenchimul pulmonar în periferie.

Se poate extinde investigarea, de către același medic, unei game largi de patologie, de exemplu, în cabinetul medicului de familie - formațiuni palpabile sau dureroase mamare, tiroidiene, tumefacții glandulare, musculare, tegumentare, sau investigarea unor accidente oculare ce se pot prezenta în cabinet.

Considerații finale

Practica ultrasonografiei este aplicată clinic multor specialități medicale și chirurgicale prin pregătirea vocațională în rezidențiat și prin atestatele de studii complementare. Dezvoltarea experienței se va putea obține prin evoluția tehnologică a echipamentelor și prin creșterea performanțelor de pregătire ale tuturor specialiștilor în metode ecografice adecvate specialității.

„Un procent uriaș de pacienți în urgență au de fapt nevoie de servicii de ortopedie și traumatologie."

Interviu realizat cu Vicepreședintele Societății Române de Ortopedie și Traumatologie, Conf. Univ. Dr. Răzvan Ene

Cât de solicitați sunt medicii cu specialitatea dumneavoastră la ora actuală în România?

Ne numim specialiști în Ortopedie și Traumatologie, deci acoperim două repere patologice extrem de importante. Specialitatea este una extrem de solicitată, cu o adresabilitate uriașă, atât în domeniul traumei cât și al ortopediei. Ideea împământenită că ortopedul tratează cu ghips afecțiunile traumatice este foarte departe de realitatea noastră profesională zilnică. Poate fi o mare surpriză pentru publicul larg, nu și pentru colegii medici, dar un procent uriaș de pacienți care se adresează unui serviciu de urgență UPU sunt pacienți care au nevoie de serviciile noastre. Acestora li se alatură și pacienții fără traumatisme, dar cu afecțiuni cronice degenerative, cu patologii tumorale, instabilități articulare, traume sportive cronicizate… Există un câmp foarte larg de activitate, atât pentru colegii noștri specialiști care activează astăzi cât și pentru cei care se vor îndrepta în continuare către specialitatea noastră.

În ce măsură are publicul acces la specialiștii ortopezi? Care este acoperirea cu secții de specialitate în spitalele din teritoriu și ce s-ar putea face pentru o eventuală îmbunătățire a distribuției?

În realitate, distribuția este una destul de uniformă la nivel național, adica suntem prezenți în toate orașele mari, municipii de judet și chiar orașe mai mici ca populație. Desigur că majoritatea pacienților ajung în aceste servicii teritoriale, care sunt perfect capabile să intervină la traume cu un grad de dificultate mai scăzut, abordabile de un singur chirurg ortoped aflat în gardă. Când vine vorba despre traume majore însă, situația se complică. Pacientul are nevoie de o echipă chirurgicală mai complexă, formată din cel puțin doi ortopezi și eventual colegi cu alte specialități, cum ar fi neurochirurgia. Pentru spitalele mai mici este imposibilă asigurarea permanenței prin gardă cu echipe de asemenea dimensiuni, iar pacientul trebuie transportat urgent către un centru medical mai mare. Complicațiile în abordarea unui caz nu sunt date, asadar, de pregătirea colegilor nostri, care este una riguroasă, asigu-

rată de centrele universitare în perioada formativă a medicilor de orice specialitate. Problema este una ce ține strict de logistică și este greu de crezut că poate fi rezolvată fără o extindere masivă a întregii rețele de sănăte din teritoriu, acțiune oarecum nerealistă întrucât este nesustenabilă în actualul context economic. Evident că întreg sistemul ar putea beneficia de îmbunătățiri, dar trebuie precizat că acesta funcționează, iar pacienții noștri au acces la servicii performante.

În ce măsură ține pasul ortopedia românească cu ortopedia europeana și care este relația dintre Societatea pe care o reprezentați și organizațiile echivalente de nivel european și mondial?

Fără falsă modestie, suntem la pas cu tot ce se întâmplă în statele avansate și lucrul acesta rezidă din faptul că suntem afiliați marilor organisme de ortopedie la nivel european și mondial. Mai mult, ortopezi de marcă din România sunt prezenți ca membri în board-urile de conducere ale acestor organizații internaționale, o parte dintre ele fiind chiar prezidate de colegii noștri. Prin afilierea SOROT și prin participările noastre la toate manifestările științifice sub egida SICOT, AAOS sau ESSKA, cu care colaborăm strâns, putem spune că avem un aport științific important pe specialitatea noastră și o recunoaștere internațională pe măsură. Ne susținem reciproc logistic la evenimente și schimbăm permanent informații, pentru a menține nivelul ridicat de pregătire al membrilor noștri.

Având în vedere cât de importantă este interdisciplinaritatea în medicina modernă, care este relația colegilor dumneavoastră cu medici din alte specialități, cu care faceți echipă pentru a aborda cazurile mai complexe: imagiști, neurochirurgi, oncologi…

Vicepreședintele Societății Române de Ortopedie și Traumatologie, Conf. Univ. Dr. Răzvan Ene

Trăim într-o simbioză perfectă. Specialitatea noastră se bazează în mod esențial pe imagistică, totul pornește de la specialiștii în imagistică medicală, care sunt ca frații noștri. Dacă ne confruntăm cu o patologie oncologică sau cu traume multiple, echipa se lărgeste automat cu medicul oncolog, la care se pot adauga radioterapeuți, chirurgi generaliști, chirurgi plasticieni, neurochirurgi... Cum o bună parte a cazurilor impun colaborări între mai multe specialități, am învățat să funcționăm în simbioză. Fiecare își respectă specialitatea dar toți suntem constienți că nu putem funcționa unul fără celălalt, întrucât interesul pacientului primează și impune un efort comun.

Cât de atrăgătoare este specialitatea dumneavoastră pentru viitorii medici și ce face SOROT pentru a atrage noi medici către specialitatea dumneavoastră?

O să vă răspund dintr-o perspectivă personală. A fost visul meu din studenție să devin medic chirurg ortoped, așa că pot părea subiectiv când spun că este o specialitate foarte atragatoare. Știu că este o curbă lungă de învățare. Știu că tinerii au tendința, în ultima vreme, să dorească să își construiască o carieră mult mai repede decât am facut-o noi la vremea noastră. Din păcate, în specialitățile chirurgicale grele cum este ortopedia, nu este întotdeauna posibil. Ce face atractivă specialitatea noastră? În primul rând satisfacțiile pe care ni le oferă și nu în ultimul rând numărul mare de cazuri care ni se adresează. Rezultatul muncii noastre, a chirurgiei pe care o practicăm, de cele mai multe ori este rapid, indiferent dacă vorbim despre patologie degenerativă sau traumatică. Vine un politraumatism cu 5 fracturi, care are nevoie de o ședință chirurgicală mergând până la o jumatate de zi și după o săptămână pacientul acela este din nou pe picioare. Din aceasta perspectivă, a rapidității recuperării (care nu este întotdeauna valabilă), munca noastră aduce multe satisfacții.

Vea ORIS

Spray oral pe bază de Vitamina E cu acțiune antioxidantă
Protejează și menține mucoasa bucală în stare bună

Indicații:

- pentru igiena și sănătatea cavității bucale,
în special în timpul sarcinii
- în caz de reacții alergice sau hiperactivitate a mucoasei, idiosincrazie

Fără arome, coloranți, conservanți, uleiuri esențiale
Testat pentru Nichel și Gluten

Compoziție: Caprylic/Capric Trigliceride,Tocopheryl acetate

Flacon 20 ml, Fără gaz

Distribuitor: Iulius Pharma SRL - Tel: 0748.017.017 - www.vealine.eu