

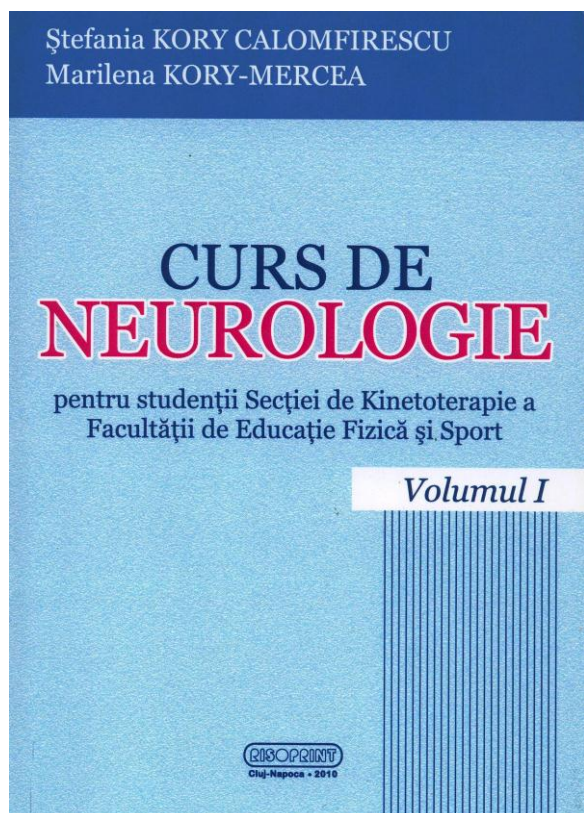
Ștefania Kory Calomfirescu, Marilena Kory-Mercea

**CURS DE NEUROLOGIE**  
pentru studenții Secției de Kinetoterapie  
a Facultății de Educație Fizică și Sport  
volumul I

Conf. Dr. Sanda Maria Deme  
Facultatea de Medicină  
Universitatea de Vest „Vasile Goldiș” Arad

Această carte a apărut de curând prin Editura Risoprint din Cluj-Napoca și se adresează, după cum este și în titlul ei, studenților de la Secția de kinetoterapie a Facultății de Educație Fizică și Sport, umplând un mare gol în literatura medicală a acestui profil. Este scrisă cu știință, pricepere și experiență, într-un domeniu al kinetoterapiei, care numai în momentul de față începe să ia o amploare la noi în țară.

Noi știm cu toții cât de importantă este kinetoterapia în tratarea diferitelor boli și în special a bolilor neurologice, care multe dintre ele sunt grave și în stadiile mai avansate fixează pacientul la pat, scoțându-l din activitatea profesională, socială și familială.



Pe lângă tratamentul medicamentos este foarte necesar un program de kinetoterapie fiecărui pacient care suferă de o boală neurologică gravă, invalidantă și acest program trebuie să cuprindă exerciții care le poate face pacientul și singur, neasistat de kinetoterapeut. Dar până la efectuarea unui astfel de program, kinetoterapeutul trebuie să aibă noțiunile necesare în neurologie, pentru a examina bolnavul, pentru a-i stabili un bilanț analitic și apoi un plan kinetoterapeutic, care să vizeze toate disabilitățile pacientului respectiv, în funcție de stadiul de evoluție al bolii. În acest sens trebuie să evalueze în mod corect deficitul motor la membrul superior și inferior, tulburarea de echilibru, tulburarea de coordonare a mișcărilor, tulburările de sensibilitate obiectivă, afectarea nervilor cranieni etc. Programul ce îl stabilește este necesar să fie aplicat cât mai aproape de debutul bolii, pentru a obține rezultatele optime.

Această carte este prioritară la noi în țară și este foarte utilă tuturor kinetoterapeuților care tratează pacienții cu parkinsonism primar, servind ca model și pentru alte specialități medicale – cum ar fi spre exemplu: cardiologia, ortopedia, reumatologia etc. – de a publica cât mai multe manuale sau monografii în acest domeniu atât de valoros al kinetoterapiei, ce reprezintă știință și artă în binele oamenilor suferinzi. De asemenea, deschide linia publicațiilor privind kinetoterapia în diferitele afecțiuni neurologice. Felicitările noastre pentru această frumoasă realizare.

## **Etica kinetoterapeutului în recuperarea pacientului hemiplegic după un accident vascular cerebral**

Prof. univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu  
Departamentul de neuroștiințe  
U. M. F. Cluj-Napoca

Kinetoterapeutul care conduce ședințele de recuperare și reeducare fizică, prin concepția sa de viață și etică personală, ar trebui să aibă o mare influență asupra concepțiilor pacienților cu care își desfășoară activitatea. El însuși trebuie să încerce să-și găsească o conduită adecvată acestei categorii speciale, care sunt pacienții neurologici și în special cei ce sunt diagnosticați cu hemiplegie.

Kinetoterapeutul trebuie să posede o dispoziție permanentă pentru bună dispoziție, entuziasm, susținere și încurajare a pacientului hemiplegic.

Caracterul ședințelor trebuie să fie predominant plăcut în sens ludic, cu scopul de a înfrunța tendința de „nemotivare” intrinsecă, proprie bolilor neurologice, mai ales celor date de urmările de ordin psihic ale hemiplegiei, cât și implicațiilor sale fizice.

Conduita sa nu se va baza pe principiul „a trece timpul”, ci pe o convingere personală, constantă, perseverentă și încredere, care va fi transmisă persoanelor cu care lucrează, ca mijloc de motivare.

Principalul scop nu este atingerea unor performanțe deosebite; mai presus de toate, el este acela care îl poate ajuta pe pacient să trăiască această perioadă de viață cu un plus de calitate. Trebuie valorificate situațiile care furnizează o mare satisfacție, avându-se totdeauna în vedere câștigarea de siguranță, a unui grad cât mai mare de independență, autorespect, încredere în sine și astfel, indirect, înlăturarea sentimentelor negative, a imaginii nefavorabile despre sine și despre capacitățile proprii de recuperare.

Un scop primordial este acela de a face pacientul să înțeleagă că el este principalul artizan al recuperării fizice, contribuția pe care o are kinetoterapeutul fiind de 5 %, iar celelalte 95 de procente îi aparțin lui și, în special, puterii sale de concentrare și de încredere în sine.

Personalitatea kinetoterapeutului reprezintă subiectul uman considerat ca unitate bio-psiho-socială, care determină comportamentul individual, caracteristic al fiecăruia cu particularitățile cognitive, afective și volitive.

Competența tehnică reunește cunoștințe care pot fi aplicate la toate nivelele de vârstă și în cadrul tuturor bolilor ce suportă consecințele benefice ale kinetoterapiei. Astfel, kinetoterapeutul trebuie să posede cunoștințe solide despre caracteristicile morfologice-psihologice, sociale proprii pacienților sechelari, fiind foarte important de a dispune de următoarele calități:

– *disponibilitate*: posibilitatea de a oferi timpul disponibil pentru observație, pentru suscitarea interesului, facilitarea schimburilor de interese între participanți, integrarea lor în programul specific de reeducare și recuperare specifică neurologică, stimularea inițiativei și dorinței pentru „a se face bine”;

– *receptivitate*: posibilitatea de a asculta, de a fi deschis problemelor persoanelor hemiplegice, precum, și aparținătorilor acestora, acolo unde este cazul, pentru a putea răspunde necesităților lor, a satisface cerințele lor, pentru a le capta interesul și pentru a le câștiga încrederea;

– *atenție*: calitate deosebit de necesară în cadrul activității cu această categorie de pacienți, activitate în timpul căreia riscul de repetare a accidentului vascular cerebral este o realitate clinică, cu o frecvență destul de crescută;

– *adaptabilitate*: capacitatea de a „modifica”, a „ajusta” comportamentul său și mai ales conținutul activității la condițiile particulare și situațiile noi apărute;

– *comunicabilitate*: posibilitatea de a menține o relație afectivă, de siguranță și stimulativă, atât de necesară la aceste cazuri grave; facilitarea comunicării între pacient și kinetoterapeut;

– *dinamism*: posibilitatea de a oferi activitate, mișcare unei „perioade de viață” caracterizată prin monotonie, inactivitate;

– *autenticitate*: capacitatea de a fi tu însuși, dând însă în același timp posibilitatea celorlalți de a se exprima în felul lor unic;

– *răbdare*: capacitatea de a rămâne calm, de a avea dispoziția necesară pentru a asculta, pentru a ajuta, a îndruma și a corecta fiecare persoană, în funcție de necesitățile sale.

Referitor la relația kinetoterapeut – pacient, există întotdeauna o stare de spirit și anume idei ale kinetoterapeutului înainte de a începe o activitate, iar pe de altă parte – o stare de spirit a fiecărui practicant. Astfel, devine necesar a se stabili o conduită comună.

Motivațiile pacientului și kinetoterapeutului, chiar dacă sunt diferite (pacientul pentru a beneficia de efectele pozitive ale unei forme de mișcare, pentru a obține efectele benefice sănătății, pentru a petrece într-un mod util și plăcut timpul; kinetoterapeutul pentru a furniza sfaturi, idei de corectare, și de a îndruma spre o reeducare și recuperare cât mai eficace și mai potrivită fiecărui pacient), trebuie să aibă același punct de convergență: obținerea momentelor de relaxare, obținerea de rezultate reale în folosul ameliorării stării de sănătate, o mai bună interrelație cu ceilalți membri ai grupului, încrederea în sine și în kinetoterapeut, ca și partener în procesul de recuperare fizică etc.

Kinetoterapeutul trebuie să contribuie la evoluția fiecărui pacient în parte, cu care lucrează, fiind ideal în același timp a evolua el însuși, a se modela după tiparul fiecărui pacient.

Referitor la resurse materiale și umane, organizarea activității fizice aplicate în cazul pacienților hemiplegici adulți, nu necesită materiale și instalații pretentioase, deoarece caracterul acestora se apropie foarte mult de natural. Dar, este necesară prezența personalului specializat, care trebuie să fie perfect informat asupra problemelor inerente acestor cazuri, specifice neurologice, atât fizice cât și psihice.

Personalul trebuie să cuprindă un medic specializat în neurologie, precum și kinetoterapeutul specializat în problemele de reeducare și recuperare funcțională, dublați de personalul de asistență medicală.

Este de preferat mai multor persoane, în cadrul unei ședințe, pentru a realiza o supraveghere cât mai completă, foarte necesară acestei categorii de pacienți.

Numărul executanților variază în funcție de resursele materiale existente. Totuși acesta nu trebuie să depășească cifra 12 simultan. Activitatea se desfășoară individual și pe parcurs de timp eșalonat.

Referitor la compoziția grupurilor – deși impropriu spus, grupuri, din cauză că s-a lucrat individual, cu fiecare pacient în parte, totuși și cuplul terapeut–pacient a fost considerat ca atare; din acest punct de vedere așa-zisul grup a fost nevoit a se adapta în funcție de capacitățile fiecărui pacient în parte.

În acest caz conducătorul ședințelor a fost nevoit să aleagă soluții adecvate, cele mai convenabile, contribuind astfel la o cât mai bună activitate din partea grupului. Aspectul cel mai important este cel de a oferi fiecăruia posibilitatea de a se manifesta în funcție de posibilitățile sale, și nu de a „nivela” pacientul; trebuie să îl lăsăm pe el să își dea seama despre ceea ce este bun pentru el.

Unirea a două nivele crește climatul prin apariția emulației.

Referitor la durată și frecvență – durata este dată de volumul de muncă parțial și global depus în cadrul unei zile, săptămâni sau pe întreaga perioadă de recuperare. În cazul activității depuse de persoanele hemiplegice adulte, este dificil de a se stabili limite superioare care, în mod normal, rămân condiționate de starea de sănătate și de condițiile particulare

fiecărei persoane.

Totuși experiența permite a afirma că ședințele mai lungi facilitează o mai bună interiorizare a acțiunilor și realizarea feed-back-ului, putându-se face o mai bună dozare a efortului și o folosire adecvată a timpilor de repaus individual.

Există opinii favorabile față de autorii care propun o durată de 30-45 de minute pentru fiecare ședință, pentru mișcările pasive, și de 3-4 ore pentru posturări. Pentru mișcările pasive durata ședințelor este justificată prin faptul că este de preferat a se folosi o intensitate mai scăzută pe o perioadă mai lungă.

Este deosebit de important a se menține regularitatea activității. Aceasta duce la succesul unui program de reeducare și recuperare în cazurile neurologice și, în același timp, oferă o stare fizică și psihică mai bună a pacienților. Dacă activitatea încetează, dispar destul de rapid efectele ei și la reluare poate apărea disconfortul fizic.

Inițial, frecvența recomandată este de 3 ori/săptămână. În faza de menținere, nu se scade numărul de ședințe, ci se menține numărul lor, pentru a menține și rezultatele și efectele recuperării fizice, deja instalate. Dacă obiectivul este de a atinge anumite rezultate mai rapid, frecvența de 5 ori/săptămână este indicată.

## Gheorghe Marinescu în „Orașul Lumină”

Prof. univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu  
Departamentul de neuroștiințe  
U. M. F. Cluj-Napoca

În seara zilei de 20 iulie 1889 Gheorghe Marinescu a părăsit Capitala, cu destinația Paris.

Avea asupra sa scrisoarea colectivă, semnată de Babeș, Asachi, Kalinderu și Buicliu, adresată maestrului Charcot, de la spitalul Salpêtrière.

În scrisoare profesorii de la București îl recomandau pe studentul G. Marinescu marelui Charcot, rugându-l să primească în Clinica de la Salpêtrière pe tânărul român, însetat de știință, care venea din București.

El avea în geamantan, printre puținele sale lucruri, o colecție de lame lucrate în laboratorul Institutului lui Victor Babeș și pe care le luase cu gândul că i-ar putea servi cândva, iar în buzunarul hainei două plicuri. În unul se afla adresa prin care „Societatea studenților în medicină din București” delega pe președintele ei să o reprezinte la serbarea inaugurării Sorbonei – sediul central al Universității din Paris –, iar celălalt plic conținea scrisoarea comună a iluștrilor săi profesori, mai sus menționați.

Ce minunată impresie a produs de la început „Orașul lumină” asupra modestului călător venit din România! Era uluit de atâtea frumuseți, de atâtea monumente, care îi vorbeau de o civilizație, despre care nu știa până atunci decât foarte puțin (Louvre-ul cu comorile sale artistice, catedrala Notre-Dame – cel mai grandios edificiu al Parisului – ca o capodoperă a geniului francez, marile bulevarde, pitoreștile parcuri și grădini – Jardin des Tuileries, Jardin des Plantes etc.). Dar încă fiind la fereastra vagonului în gară a zărit pe peron mulți tineri, purtând eșarfe, colorate în tot felul și întrebând dacă printre călători se aflau studenți veniți pentru serbările Sorbonei.

Împreună cu ceilalți studenți, cazați în același hotel a plecat a doua zi dimineața, spre locul serbării, care era chiar marele amfiteatru al Universității, ce urma să fie inaugurat peste câteva clipe.

Franța, refăcută de pe urma înfrângerii din 1870, redevenită o țară puternică în Europa se manifesta în special pe tărâmul cuceririlor științifice și al marilor acțiuni culturale, care să servească întregii omeniri.

Imensa clădire a Sorbonei l-a impresionat adânc pe tânărul student Gheorghe Marinescu, iar amfiteatrul i-a apărut, într-adevăr, monumental.

Picturile murale, sculpturile, coloanele, parterul cu scaunele lui din lemn încrustat, lojile, balcoanele, toate aveau aici un aspect pe de-a dreptul solemn.

În sală erau figuri pe care nici nu visase vreodată să le întâlnească: omeni respectabili, cu bărbi, toți îmbrăcați fie în togi strălucitoare cu mâneci largi, fie în jachete negre și cămăși albe, cu pieptul scrobrit, peste care trecea lanțul de aur al ceasornicului, încrucișat cu cel al ochelarilor.

Cei mai mulți erau academicieni, savanți, profesori, scriitori, nu numai ai Franței, ci invitați și din toate țările lumii.

La un moment dat orice zgomot a încetat și printr-o ușă laterală și-au făcut apariția membrii guvernului, apoi după câteva clipe, în aplauzele întregii săli a apărut președintele Republicii Franceze, Carnot.

Acesta, un bărbat scund, cu mustață și barbișon, a intrat în amfiteatru la braț cu un bătrânel cu barbă albă, dar destul de voinic, având mâna stângă legată pe după gât, cu un bandaj negru. Era, de fapt, marele savant Pasteur.

Întreaga sală era acum în picioare, ovaționând pe Pasteur, acest mare binefăcător al omenirii.

Cu toată invaliditatea sa – o mână rămasă imobilizată de pe urma unui accident vascular cerebral suferit cu ani în urmă – el continua să lucreze cu succes, pentru salvarea omenirii de atâtea boli, care creau adevărate epidemii. Acest genial fiu al omenirii – de care Victor Babeș amintea mereu, cui cel mai mare respect – era acum în fața lui Gheorghe Marinescu. Aplaudând pe „cea mai curată glorie a științei”; el aducea astfel nu numai omagiul său, ci și al tuturor studenților în medicină din București, care îl delegaseră să asiste la această mare sărbătoare a culturii franceze.

După inaugurare, studenții au început să defileze pe străzile Parisului, fâlfâind stindardele, fluturând eșarfele și batistele, într-un mare entuziasm. Printre cei ce străbăteau marile bulevarde era și tânărul student Gheorghe Marinescu, încântat de frumusețile pe care le vedea.

La un moment dat, capul coloanei a cotit-o spre stânga unei mari artere, iar restul a urmat-o, în mod disciplinat.

Tânărul Gheorghe Marinescu de abia a avut puțin timp să citească numele străzii: rue Dutot, când aplauze frenetice s-au răspândit într-un mod zgomotos de pretutindeni, de pe stradă. Studenții se aflau în fața casei lui Pasteur.

El a apărut pentru a răspunde, cu fața radiind de fericire, la aclamațiile ce se adresau președintelui de onoare al studenților din Paris.

Printr-o fericită coincidență, marele Pasteur sărbătorea în acea zi cincizeci de ani de când – ca student – pășise pe treptele școlii superioare de chimie din Franța.

La un moment dat aplauzele au încetat fiindcă a început să vorbească marele savant Pasteur.

Gheorghe Marinescu, atras ca un magnet de faima acestui ilustru om de știință, și-a părăsit locul, făcându-și drum cu greu printre studenții foarte înghesuți pe întreaga stradă. Era un prilej unic să îl poată auzi pe Pasteur și nu vroia sub nici o formă să piardă această ocazie, deși era foarte greu să se strecoare prin atâta mulțime.

Deși vocea lui Pasteur era destul de înceată, Gheorghe Marinescu a putut prinde câteva ceva din cele rostite:

„Să aveți cultul spiritului critic – le-a spus el studenților. Fără acesta nu există nici un stimulent, pentru fapte mari. Fără el nimic nu este trainic!”

După un ropot de aplauze, marele savant Pasteur a continuat:

„Știu că sunteți adunați aici studenți din lumea întreagă, care ați venit să aclamați un om ajuns deja la finele vieții. Aclamând un francez, tinerii din alte țări își dau seama cât de autentic este adevărul că știința nu are patrie. Dar domnilor – a reluat Pasteur cu vocea devenită și mai vibrantă și mai hotărâtă – dacă știința nu are patrie, omul de știință trebuie să se gândească mereu că el are o patrie.

În orice moment mare – ascultați-mă bine – veți găsi întotdeauna un mare patriot.

Gândul că va mări prestigiul patriei lui îl susținea în îndelungatele sale eforturi. Ambiția de

a vedea că națiunea din care face parte dobândește sau își păstrează rangul, îl face să înceapă lucruri grele de îndeplinit, dar glorioase, care aduc numai cuceriri adevărate și trainice.

Să luptăm – i-a îndemnat el pe studenți – că lupta este muncă, lupta este viață, când lupta are drept scop progresul!”

Gheorghe Marinescu nu a uitat niciodată aceste minunate cuvinte și i-au călăuzit toate acțiunile sale în viață.

Nu o singură dată el va evoca amintirea acestei zile, când în iulie 1889, de abia sosit la Paris, a avut fericirea să poată asculta sfaturile înțelepte ale aceluia care domina atunci întreaga știință medicală a lumii, prin lucrările sale științifice asupra originii microbiene a multora dintre boli și descoperirea vaccinurilor salvatoare pentru întreaga omenire.

După atâția ani de învățătură susținută și de muncă încordată, de continuă extenuare, acele zile au fost primele pe care Gheorghe Marinescu le-a putut considera ca adevărate zile de vacanță.

Parisul avea în acele zile o „Expoziție internațională”, în care pavilioanele țărilor din lume arătau vizitatorilor ce creaseră ele în diferitele domenii.

România dacă nu avea încă o cultură și o știință dezvoltată, care să impună prin operele și realizările lor, avea în schimb un „cabaret” și „frigărui”, cu care s-a putut prezenta. Prețurile erau atât de piperate, încât în seara când Gheorghe Marinescu a vizitat expoziția a trebuit înainte de a comanda și el o porție de mâncare să-și socotească bine banii din buzunar.

Iordache, faimosul patron al restaurantului „elitei” bucureștene, detașat de guvern la Paris, grătar cu tot, văzându-l pe tânărul Gheorghe Marinescu codindu-se și vorbind românește cu personalul, l-a sfătuit „părintește” pe tânărul nostru:

– De ce să consumi aici, unde prețurile le pot plăti numai străinii? Aici e „cabaret” de lux, nu simplul restaurant.

Gheorghe Marinescu atunci a înțeles că pentru bugetul său era mai prudent să se retragă, cu toate că ar fi dorit să comande o porție de mâncare. Amărăciunea însă avea să-i fie înlocuită, în seara aceea, de o surpriză plăcută.

Trecând să viziteze pavilionul „Igienei”, în timp ce cerceta panourile și machetele cu ultimele realizări ale medicinei sociale franceze – spitale, maternități, puncte sanitare în fabrici, ochii i-au fost atrași de o siluetă, care părea să-i fie cunoscută, privindu-l mai de departe. S-a apropiat de omul în vârstă, îmbrăcat într-o jachetă tăiată după ultima modă a timpului și care – în fața unui panou – nota de zor într-un caiet. După câteva clipe, cei doi își strâneau mâinile cu putere. Omul respectiv era profesorul Felix, marele igienist al țării. Acesta sosise la Paris să se pună la curent cu progresele în știință făcute de alte țări, pentru ca apoi să încerce, prin luptă cu guvernele, să introducă și la noi în țară ceva, din ceea ce alții izbutiseră deja să realizeze pe plan mondial.

Mergând în ziua următoare la vestita clinică a spitalului Salpêtrière, Gheorghe Marinescu i-a înmănat marelui Charcot scrisoarea de recomandare, pe care acesta a citit-o atent și i-a permis să ia parte la lucrările din clinică. Charcot, în vârstă de 64 de ani era în momentul acela una dintre cele mai mari figuri ale medicinei din lume. Acesta l-a impresionat pe tânărul student medicinist român în mod deosebit, pentru întreaga viață. În puține cuvinte, mai târziu, peste ani, Gheorghe Marinescu a spus: „În numeroasele mele peregrinări prin Europa – am avut ocazia să cunosc personal nu numai pe cei mai vestiți neurologi contemporani, dar și pe marii savanți cum au fost Wirchow, Koch, Elich. Nici unul nu mi-a făcut însă o impresie atât de profundă ca Charcot, impresie care rămâne vie mereu în sufletul meu”. Dar pe lângă marele Charcot și figura savantului Pasteur i-a rămas în inimă pentru totdeauna.

## Hipotirozismul congenital

**Hipotiroidismul congenital este o anomalie ereditară autozomal-recesivă ale hormonilor tiroidieni.**

**Glanda tiroidă la embrion, la sfârșitul primului trimestru de gestație este aproape asemănătoare funcțional și histologic cu a adultului. Foliculii sunt plini de coloid și glanda captează din circulație o cantitate mare de iod, sintetizează triiodtironina (T3) și, tiroxina (T4). La 20 de săptămâni, nivelul plasmatic al hormonilor tiroidieni este foarte scăzut, apoi crește hormonul tireotrop (TSH) atrăgând după sine creșterea hormonilor tiroidieni plasmatici. De la mamă trec prin placentă foarte puțini hormoni, tiroidieni, astfel la embrion și făt dezvoltarea morfofuncțională a glandei tiroide este autonomă, adică depinde de starea funcțională a propriei hipofize.**

**La naștere tiroida nu este vizibilă nici palpabilă, cantitatea este 1-2gr. Insa în primele ore după naștere crește rapid activitatea hipotalamo-hipofizo-tiroidiană, astfel în plasmă TSH poate atinge 80 microu/ml, T4 4-15 microg/ml, T3 50-20microg/100 ml astfel se poate considera ca și un hipertiroidism fiziologic al nou născutului.**

**Hipotiroidismul congenital apare foarte rar, 1caz la 5000-10000 de n.n.**

**Ca și etiologie putem incrimina diferite cauze.**

**Cea mai frecventă, poate să fie aplazia sau hipoplazia embrională a glandei tiroide. Poate să reprezinte 85% din hipotiroidismul congenital, asociindu-se uneori și cu alte malformații.**

**Alți autori incriminează prezența anticorpilor antitiroidieni la mamă, dar aceasta teorie este discutabilă. Job a semnalat aceasta maladie la n.n din mame care au urmat un tratament cu iod sau antitiroidian de sinteză.**

**Anomaliile congenitale ale hipotalamusului și hipofizei contribuie 8% la dezvoltarea acestei boli.**

**O altă cauză a acestei anomalii, se poate aminti, rezistența țesutului tiroidian la TSH și rezistența țesuturilor periferice la hormonii tiroidieni.**

**Din nou, între alte cauze se poate aminti deficitul de sinteză a tireoglobulinei și anomaliile enzimelor care participă la sinteza hormonilor tiroidieni. Deficitul de sinteză a tireoglobulinei este legată de cromozomul X, deci băieții hemizigoți fac forme grave de hipotiroidism.**

**Simptomele hipotiroidismului congenital adesea lipsesc la naștere, devin vizibile în primele 2 luni, în caz de aplazie și abia la 1-2 ani, în caz de hipoplazie tiroidiană.**

**Clinic se constată întârziere în dezvoltarea motorie, hipotonie musculară, hipoadinamie, somnolență, țipăt stins. Dezvoltarea scheletului este rămasă în urmă, membrele sunt scurte, mâini late cu degete scurte. Craniul aparent este mare cu fontanele mai deschise (anterioară și posterioară), baza nasului lată, chiar aplazie piramidala. Ochii par larg deschiși, pleoape groase, fanta palpebrală îngustă. Gura este deschisă cu limba mare (macroglosie). Dentiția întârziată. Gâtul este scurt și gros. Prezintă tulburări respiratorii chiar până la detresa respiratorie. Este bradicardic, uneori AV poate să fie sub 100 bătăi/min. Abdomenul este destins, proeminent cu hernie ombilicală. Prezintă dificultate în alimentație, adesea constipație. Pielea este uscată și rece, marmorată adesea ori prezintă edeme pe dosul mâinii și picioarelor. Pielea scalpului și a frunții este îngroșată, iar părul este rar și subțire jos implantat pe frunte. Prezintă icter prelungit cu bilirubinemia indirectă crescută. Tabloul clinic se agravează evidențiindu-se și întârzierea somato-psihică, ajungând la demență.**

**Diagnosticul precoce instalat permite tratamentul cât mai rapid, în timp util, astfel prevenind degradarea psiho-somatică.**

**Tratamentul constă în administrarea cât mai precoce și permanentă a hormonilor tiroidieni. Cel mai indicat este Levotiroxina. Se administrează o singură doză/zi, adică 0,5mgL-tiroxina, crescând într-o săptămână la 0,10 mg/zi, iar la 1,5-2 ani la 0,15-0,20 mg/zi.**

**Prognosticul este favorabil, dacă tratamentul se instalează la 3 luni după naștere când,**

75% din bolnavi au o dezvoltare intelectuală normală. După această vârstă, numărul celor cu inteligența normală este redus și la mulți apar tulburări motorii.

Profilaxia degradării psiho-somatice la acești copii, este depistarea și diagnosticarea cât mai precoce a maladiei. În prezent este cuprins în programul național depistarea prin screening în masa a hipotiroidiei și fenilcetonuriei, la 3-5-a zi după naștere

Se determină T4. Când T4 este mai mic de 6 mirog/100ml, se determină TSH și în caz de suspiciune se completează investigațiile cu diferite analize complementare.

În agenezia sau hipoplazia tiroidiana T4 este sub 6, iar TSH este crescut, peste 20 microu/ml. În anomaliile hipotalamusului, sau a hipofizei, atât T4 cât și TSH sunt scăzute. iar în anomaliile de biosintază a hormonilor tiroidieni T4 este scazut iar TSH este normal, la palpate sau inspecție, se observă creșterea moderată a tiroidei.

Recoltarea țesutului pentru depistarea acestei maladii, este destul de simplă. Sugativând picătura de sânge de la nou născut recoltat din capilare, pe o hârtie sugativă special pregătită Astfel boala depistată se poate trata din timp și se poate asigura o viață normală celor atinși și a aparținătorilor.

### **Bibliografia:**

Prof. M. Geormaneanu - "Patologia indusa prenatal" .1978,

Prof. M. Geormaneanu, Dr Sabina Rosianu" - Patologia sugarului si copilului mic" 1975,

I Lupea - "Tratat de neonatologie" 2002.

## **OZONOTERAPIA**

Dr. Angela – Mariana  
Medic Specialist M.F. - Baia Mare

### **1. Notiuni generale.**

Ozonoterapia este o metodă novatoare de tratament nemedicamentos care folosește un amestec de oxigen-ozon. Prin metodele sale ozonoterapia modernă permite reducerea consumului de medicamente alopate și consecutiv a reacțiilor secundare provocate de acestea Terapia se bazează pe principalele proprietăți ale ozonului:

- antibacteriană, antifungică, antivirală;
- antiinflamatorie și imunomodulatorie;
- de reglare sistemică a homeostaziei în organism;
- optimizarea funcției organelor și sistemelor de organe;

### **2. Istoricul ozonoterapiei**

Istoricul ozonoterapiei începe în 1896 când renumitul cercetător Nikola Tesla a brevetat în SUA primul generator de ozon medical „Raza violetă”. El organizează propria companie care se ocupă de cercetări și de perfecționarea aparatului pentru obținerea ozonului medicinal. La începutul secolului XX, în SUA aproape fiecare magazin de parfumerie era dotat cu un generator de ozon, devine foarte popular uleiul de masline ozonificat „Glucozon”.

În aceeași perioadă în Germania încep primele studii referitoare la ozonoterapie. Medicul german A. Wolff în timpul Primului război mondial (1916) folosește cu succes ozonul în chirurgia de campanie pentru tratamentul plăgilor infectate. Laquer și Solvatini, Dj. Stoker ( Londra 1933) folosesc ozonul în tratamentul unor afecțiuni pulmonare astm bronșic, TBC etc.

Medicul german E. A. Fisch folosește ozonul în practica stomatologică. În anii 40 medicul Robert Mayer pentru prima dată utilizează ozonul în pediatrie, peste patruzeci de ani el va expune experiența sa în monografia „Utilizarea medicală a ozonului”. 1961 – Hans Wolff introduce tehnica autohemoterapiei cu ozon (mari și mici). Anii 70-80 ai secolului XX – rapoarte despre folosirea ozonului în medicină estetică, ortopedie și reumatologie.

În 1987 profesorii germani Renate Viebahn și Zigfrid Rilling – Președintele societății germane de ozonoterapie publica primul manual de ozonoterapie unde sunt prezentate protocoalele de tratament pentru aproape 100 de defecțiuni. În 1988 Freberg și Carpendale demonstrează efectul antiviral al ozonului asupra virusului SIDA.

Studii recente demonstrează eficiența faptul că administrarea ozonului crește substanțial intervalul dintre pusele acute ale sclerozei multiple și poliartrită reumatoidă (Simonetti 2004), scade rezistența la radio-chimioterapie (Clavo 2004). În prezent ozonoterapia este pe larg folosită în SUA, Canada, Germania, Rusia, Ucraina, Suedia, Italia, Spania, Brazilia, Cuba, Mexic și alte țări.

### 3. Ozonul

În natură ozonul se găsește în concentrații mai mari în stratosferă, la 20-30 de km înălțime. Aici concentrația lui atinge 16-20 mg/m<sup>3</sup>. La acest nivel el este produs prin acțiunea razelor ultraviolete ale radiației solare care descompun molecula de O<sub>2</sub>, protejând astfel planeta. La nivelul suprafeței pământului concentrația de ozon atinge 20 μg/m<sup>3</sup> ceea ce este perfect compatibil cu viața. În stratosferă, compușii clorofluorocarbonici folosiți ca lichide de refrigerare au început să distrugă stratul protector de ozon prin crearea unor “nișe”.

Studii numeroase și evidențele clinice converg însă către rezultate excelente și de multe ori spectaculoase ale ozonoterapiei. Mai mult, toxicitatea ozonului este practic nulă prin folosirea aparatului certificate UE și prin respectarea protocoalelor terapeutice.

### 4. Terapia cu ozon

O scurtă trecere în revistă, însă ne arată o paletă largă de patologii printre care putem enumera: vasculopatii periferice, boala Burger, vasculopatii aterosclerotice, vasculopatii diabetice, cardiopatii ischemice cronice imposibil de rezolvat prin proceduri chirurgicale, ischemie cerebrală acută, infecții virale cronice, hepatită, herpes tip I și II, herpes Zooster și infecții fungice. Se pot adăuga și degenerescenta maculară legată de vârstă, ischemia retiniană de cauză diabetică, retinita pigmentară, patologie ortopedică foarte variată, osteoartrita, sindroame dureroase diverse. Nu în ultimul rând ar trebui menționat și rolul ozonoterapiei în medicina estetică, unde rezultatele foarte bune fac ca această terapie să fie utilizată de cele mai cunoscute personalități ale lumii contemporane.

### 5. Cum acționează ozonul în organism:

Așa cum a fost menționat, ozonul are proprietăți oxidative majore datorită instabilității sale care duce la formarea oxigenului atomic și radicali liberi ai oxigenului și care acționează negativ asupra celulelor vii. Concentrațiile mari de ozon produc iritarea cailor respiratorii. Numai concentrațiile foarte mici de ozon în oxigen medicinal care sunt de 50 de ori mai mici decât doza toxică minimă (max 80 μg/ml) au un efect terapeutic asupra organismului. Studiile de laborator pe animale au demonstrat că ozonul nu produce efecte mutagene și cancerigene. Un studiu al Societății medicale germane referitor la posibile complicații și reacții secundare ale ozonoterapiei face următoarea concluzie: probabilitatea unei reacții secundare este de 0,000005% la o ședință. Ozonoterapia poate fi considerată drept un stres oxidativ controlat

care are drept scop activarea proceselor metabolice și enzimatică din organism.

- Efectul antimicrobian, antifungic și antiviral se datorează atât acțiunii directe a ozonului cât și capacității sale de a forma cu acizii grași nesaturați compuși foarte activi peroxizi, care acționează destructiv asupra micro organismelor. Dacă în doze și concentrații mici ozonul are o acțiune destructivă locală asupra membranei celulare atunci în doze mai mari el blochează anumite sisteme enzimatică și receptori celulari care duc la moartea microorganismelor patogene. Efectul bactericid al ozonului îl depășește de 2 ori pe cel al clorului, este la fel de eficient și în cazurile rezistente la antibioticoterapie, nu induce rezistență și cel mai important lucru: nu acționează asupra florei saprofite (benefice) organismului.

- Refacerea funcției de transport a oxigenului a sângelui. Administrarea amestecului de oxigen și ozon duce la creșterea cantității de oxigen în sânge, sunt activate procesele metabolice în eritrocite prin creșterea 2,3 difosfogliceratului responsabil de eliberarea oxigenului în sânge, crește plasticitatea și rezistența membranei eritrocitare.

- Ameliorarea calităților reologice (fluidității) ale sângelui care la rândul său duce la diminuarea hipoxiei țesuturilor.

- Acțiune metabolică: chiar și în cazul administrării unor doze foarte mici de oxigen și ozon sunt activate o serie întreagă de mecanisme enzimatică, metabolismul lipidelor, proteinelor și glucidelor cu formare de ATP – principala sursă de energie a celulei. Studiile au demonstrat faptul că și în cazul unei administrări locale a amestecului de oxigen-ozon metabolismul celular este intensificat atât la nivel local cât și la nivelul întregului organism.

- Acțiune imunomodulatorie. Activitatea imunitară este condiționată de gradul de oxigenare a organismului, de aceea amestecul de ozon și oxigen poate avea un rol important pentru funcția unitară. În concentrații mici ozonul are o acțiune de imunostimulare, în concentrații mari – imunosupresoare. În cazul deficienței imunitare secundare ozonul stimulează atât mecanismele celulare (T-limfocite, monocite), cât și mecanismele umorale (sinteza de citokine și în primul rând a interferonului, factorilor de necroză tumorală).

- Acțiune antiinflamatorie: ozonul duce la oxidarea prostaglandinelor-mediatorii proceselor metabolice-fapt care duce la ameliorarea proceselor metabolice și diminuare inflamației.

- Acțiune antioxidantă și detoxifiantă a ozonului se manifestă prin capacitatea lui (în doze terapeutice) să rupă mecanismele de formare a radicalilor liberi, să stopeze peroxidarea lipidelor și să stimuleze sistemele antiradicali Superoxid dismutaza (SOD). Se modifică reacția acido-bazică către una mai alcalină, se elimină acidul lactic. Crește cantitatea de glutatationperoxidază.

## 6. Cum este administrată ozonoterapia?

Toate metodele de tratament cu ozon sunt efectuate conform unor protocoale de lucru stabilite de Societățile de ozonoterapie și sunt incluse în soft-ul de lucru al Generatorului de ozon, fapt care exclude posibilitate unor erori de dozare a ozonului.

Există două tipuri de metode de administrare a amestecului de oxigen-ozon. 6.1. Primul tip include metodele cu acțiune generală (sistemică). Acestea sunt:

6.1.1. Autohemoterapia majoră care constă în prelevarea în pungi speciale a unei cantități de sânge venos (50-100-150 ml) din vena cubitală și care este amestecat cu o cantitate egală de ozon de o anumită concentrație după care este reperfuzată pacientului. Procedura este nedureroasă, nu prezintă nici un risc pentru pacient și durează în totalitate apoximativ o oră. Pe toată perioada de efectuare a procedurii pacientul este asistat de medic. Autohemoterapia majoră este recomandată în afecțiuni cu caracter mai grav (afecțiuni cardiovasculare, boli autoimune, afecțiuni hepatice, în tratamentul anti aging etc).

6.1.2. Autohemoterapia minoră constă în prelevarea a 10-15 ml de sânge venos care este amestecat cu o cantitate egală de ozon de o anumită concentrație și este injectată imediat intramuscular. Procedura este trecută în protocolul de lucru pentru tratarea stărilor de deficit imunitar secundar, stări gripale și alte infecții virale, afecțiuni dermatologice

(acnee).

6.1.3. Insuflații rectale cu ozon. **După o pregătire prealabilă a pacientului, pe cale rectală se introduce o anumită cantitate de ozon. Procedura are atât o acțiune locală (antiinflamatorie, regenerativă, antiseptică și de refacere a florei intestinale), cât și acțiune generală asupra organismului deoarece ozonul se absoarbe foarte ușor prin mucoasa intestinală. Insuflația rectală poate fi o alternativă la autohemoterapia majoră.**

### **Metode cu acțiune locală:**

6.2.1. Infiltrațiile subcutanate. **Cu ajutorul seringi se fac infiltrații subcutane locale în zonele cu probleme, puncte dureroase, paravertebral, periarticular a unui amestec de oxigen și ozon în concentrații mici. Procedura se aplică în afecțiuni dermatologice, reumatologice, probleme de circulație periferică, medicină estetică (celulită).**

6.2.2. Infiltrații intramusculare **în puncte trigger în tratamentul unor afecțiuni reumatismale.**

6.2.3. Infiltrații intraarticulare **în cazul unor afecțiuni reumatismale.**

6.2.4. Ozonopunctura – **infiltrații cu ozon în punctele de acupunctură.**

6.2.5. Utilizare internă și externă a apei și uleiului ozonificat **pentru afecțiuni dermatologice, stomatologice, afecțiuni ale aparatului digestiv.**

6.2.6. Utilizarea locală a amestecului de oxigen-ozon **în saci hipobarici în tratamentul unor plăgi infectate, ulcere varicoase, în arteriopatii ale membrilor inferioare, boli dermatologice.**

## **7. Justificarea ozonoterapiei**

**Ozonoterapia se justifică din următoarele considerente:**

- grad ridicat de aplicabilitate;
- lipsa efectelor adverse;
- număr limitat de contraindicații;
- apariția rapidă a efectelor terapeutice;
- numărul crescut de reacții alergice la foarte multe medicamente;
- creșterea numărului de contraindicații și reacții secundare la un număr mare de medicamente;
- un număr mare de afecțiuni conexe care duc și la administrarea unui număr mare de medicamente cu efecte contrare.
- tratamente de lungă durată („pentru toată viața”) deseori ineficiente care tratează simptomele și efectele bolii și nu cauza.
- prețuri mari la medicamente și lipsa lor în farmacii;
- lipsa unor măsuri eficiente de prevenție a unor boli;

## **8. Domenii de aplicare**

**Datorită efectelor terapeutice multiple, ozonoterapia are o gamă foarte largă de domenii de aplicare.**

8.1. Afecțiuni reumatologice: artroze (coxartroze, gonartroze, spondiloartroze, artroze ale articulațiilor mici), discopatii, hernia de disc vertebral, afecțiuni inflamatorii ale articulațiilor, tendinite, bursite, fibromialgii, contracturi musculare. Eficiența terapeutică ridicată a acestor afecțiuni se datorează acțiunii antiinflamatorii, antialgice, miorelaxante,

condroprotectoare și de refacere a funcției articulare, reparatorie asupra terminațiilor nervoase periferice.

În toate aceste afecțiuni, se efectuează infiltrații locale cu o frecvență de două ori pe săptămână, pentru cicluri de 10-15 sedințe.

**8.2. Afecțiuni cardiovasculare:** Aici ozonoterapia are în primul rând un rol preventiv în prevenirea unor afecțiuni cardiovasculare cu o incidență ridicată la populație (ateroscleroză, cardiopatie ischemică, hipertensiune arterială, arterite, afecțiuni ale venelor). Amestecul de ozon și oxigen are capacitatea de a ameliora circulația periferică capilară, are efect vazodilatator, restabilește funcția de transport a oxigenului care îi revine sângelui, reduce inflamația de pe endoteliul vaselor sanguine, scade colesterolul și glicemia, crește viscozitatea sanguină, reduce valorile presiunii arteriale.

Datorită acțiunii sale de ameliorare a metabolismului și de protejare a vaselor sanguine ozonoterapia este eficientă și recomandată în tratamentul complicațiilor diabetului zaharat, pentru prevenirea și stoparea fenomenelor de îmbătrânire a organismului, creșterea performanțelor fizice și intelectuale. Prezentăm o scurtă listă de personalități care folosesc ozonoterapia pentru a se menține într-o formă cât mai bună: actrița Sharon Stone, pilotul de formula I Rubens Barrichello, Regina mamă Elisabeta II, fotbalistul Zinedine Zidane și cei de la Rolling Stones.

**8.3. Afecțiuni dermatologice și medicină estetică:** dermatite, micoze, herpes, psoriazis, acnee, cicatrici, cheloide, plăgi chirurgicale, vergeturi, riduri, celulită, tratament anti-aging.

**8.4. Prevenția și tratamentul unor afecțiuni neurodegenerative este un capitol important al ozonoterapiei:** Boala Alzheimer, Boala Parkinson, scleroza multiplă, scleroza amiotrofică, recuperarea post AVC dar și recuperarea după orice traumatism al SNC.

**8.5. Afecțiuni gastro-intestinale și hepato-biliare:** amestecul de oxigen-ozon are o acțiune benefică asupra metabolismului hepatic, crește nivelul de oxigenare a hepatocitelor și vitalitatea lor, crește nivelul catalazei, sunt activate sistemele microsomale, crește capacitatea de detoxifiere a ficatului. Ozonul restabilește flora intestinală, regenerează mucoasa. Influențează negativ dezvoltarea Helicobacterului pilori.

*Trebuie menționat faptul că ozonoterapia poate fi aplicată cu succes în tratamentul oricărui sindrom dureros.*

## **9. Ozonoterapia, fara riscuri si efecte secundare**

*Trăim într-o lume a imaginii. Suntem în permanentă bombardat de reclame cu oameni "perfecti" care ne spun că putem ajunge ca ei cu ajutorul unui anumit produs.*

Inca traim in secolul vitezei, nu avem un ritm de viata sanatos, nu ne odihnim suficient, alimentatia este neadecvata, conditiile de stres cresc zilnic. Ozonoterapia este una dintre solutiile terapeutice de durata, fara riscuri sau efecte secundare.

Astazi, sa ai grija de corpul tau nu mai este un lux, a devenit o necesitate. Ozonoterapia are multiple aplicatii in medicina estetica: tratarea celulitei, adjuvant in curele de slabire, reducerea ridurilor si vergeturilor, tratarea acneei, imbunatateste vindecarea post-chirurgicala.

In ultima perioada tehnicile invazive de cosmetizare a corpului sunt inlocuite cu masuri neagresive: schimbarea stilului de viata, activitati sportive regulate, alimentative echilibrata, hidratare corespunzatoare, procedure medicale care nu dezechilibreaza procesele fiziologice ale organismului.

In tarile din Europa de Vest si in Statele Unite ale Americii ozonoterapia este cunoscuta si practicata de peste 30 de ani. In Romania, ozonoterapia a patruns relativ recent.

#### *Contraindicațiile ozonoterapiei:*

Ozonoterapia are putine contraindicatii, nu genereaza alergii sau intolerante, nu are reactii adverse intrucat este un gaz pur (O<sub>2</sub>-O<sub>3</sub> se obtine din oxigen medical).

Totusi exista unele situatii strict determinate care limiteaza utilizarea ozonoterapiei

- Hipertiroidismul;
- Deficitul de G-6-PD (Glucoză-6-fosftdehidrogenază)
- Hipertensiune arterială > 160 mm Hg.
- Accidentul vascular hemoragic
- Stări posthemoragice
- Trombocitopenii .

## **10. Concluzii**

Ozonoterapia nu este un „panaceu”, nu este o soluție „miraculoasă” care poate vindeca orice și oricând dar trebuie de reținut următoarele:

- este o metodă eficientă de prevenție a unor boli, a complicațiilor provocate de anumite boli, diminuarea puseelor acute, prevenirea îmbătrânirii precoce;
- îmbunătățește substanțial calitatea vieții și crește speranța de viață la bolnavii cronici;
- poate diminua consumul de medicamente și a reacțiilor secundare provocate de acestea;
- poate salva de unele intervenții chirurgicale;
- este un agent cosmetic excelent care acționează atât din exterior cât și din interior;
- este o șansă în plus...

Ozonoterapia, chiar dacă nu rezolvă orice patologie de bază, poate fi considerată ca terapie validă, chiar în scleroza multiplă unde poate aduce o îmbunătățire semnificativă a calității vieții cu un cost scăzut și fără efecte secundare. În plus, reprezintă o alternativă concretă terapeutică la acei pacienți care nu pot fi supuși tratamentelor farmacologice tradiționale.

## **DECOMPRESIA ENDOSCOPICĂ ORBITARĂ**

Dr. Ioana ASTANI medic primar O.R.L.  
Baia Mare

### **SELECȚIA PACIENȚILOR**

Decompresia endoscopică orbitară este indicată pacienților cu orbitopatie moderată și

severă din boala Graves. Indicațiile includ exoftalmia, keratopatia, diplopia și neuropatia optică. S-a constatat că corticosteroizii pot fi utilizați ca o măsură temporară de scădere a inflamației orbitare și a creșterii în volum a conținutului orbital dar nu sunt utile pentru obținerea unui beneficiu de lungă durată, fără utilizare prelungită. Radioterapia orbitală pentru boala Graves este controversată. Evoluția clinică a orbitopatiei Graves începe cu o fază acută, care este caracterizată printr-o inflamație activă care durează tipic 6-12 luni, și este urmată de o fază cronică când fibroza intraorbitală duce la stabilizarea proptozei. Este preferabil de a efectua decompresia orbitală în timpul fazei cronice a orbitopatiei Graves.

#### **TEHNICA CHIRURGICALĂ**

Decompresia endoscopică orbitală permite îndepărtarea întregului perete orbital medial ca și porțiunea medială a planșei orbitare. Procedura este de obicei efectuată în anestezie generală; anestezia locală cu sedare poate fi utilizată la pacienții cu comorbidități medicale semnificative. Pacientul este în poziție supină pe masa de operație, ca și pentru chirurgia endoscopică sinusala. Vasoconstricția topică este realizată cu oximetazolină, iar mucoasa cornetului mijlociu și a peretelui lateral nazal este infiltrată cu lidocaina 1% și epinefrina (1:100.000). Dacă o deviație septală obstruează vizualizarea meatului mijlociu, o septoplastie este efectuată înainte de a începe decompresia orbitală.

#### **INDEPARTAREA PERETELUI ORBITAR MEDIAL ȘI A PLANȘEI**

Expunerea lamei papiracee și a planșei orbitare este obținută prin tehnici de chirurgie endoscopică standard. Îndepărtarea de rutină a cornetului mijlociu este realizată pentru a permite expunerea largă a orbitei. Procesul uncinat este medializat și îndepărtat, expunând ostiumul natural al sinusului maxilar. O largă antrostomie maxilară este creată pentru a avea acces la planșea orbitară. Folosind endoscopul de 30 grade o antrostomie largă permite vizualizarea nervului infraorbital de-a lungul planșei orbitare. Sfenoetmoidectomia cu scheletonizarea lamei papiracee este efectuată pentru o decompresie maximă. Lamina papiracee este penetrată cu elevatorul Freer, dar grăsimea orbitală nu va prolaba atât timp cât fascia periorbitală rămâne intactă. Fragmentele osoase sunt îndepărtate cu forcepsul Blakesley. Excizia osului înainte de baza craniului, posterior la peretele anterior al sinusului sfenoid și anterior la linia maxilară. Îndepărtarea osului în regiunea recesului frontal este evitată pentru a preveni obstrucția sinusului frontal prin grăsimea orbitală herniată. Când disecția progresează în direcție posterioară, o îngroșare albă a periorbitei este întâlnită în regiunea apexului orbital la 2 mm de fața sfenoidului. Această regiune corespunde inelului Zinn, de unde mușchii extraoculari își au originea și prin care trece nervul optic. Acest reper reprezintă limita posterioară a decompresiei standard. Porțiunea medială a planșei orbitare este excizată folosind o chiureta de mastoidă, fracturând osul de sus în jos. Poate fi o manevră solicitantă dacă osul este gros de-a lungul peretelui medial orbital. Nervul infraorbital marchează limita laterală a îndepărtării osului. Endoscopul de 30 grade și forcepsurile angulate facilitează îndepărtarea fragmentelor osoase.

#### **INCIZIA PERIORBITEI**

Odată ce lamina papiracee și planșea orbitală medială au fost îndepărtate și periorbita expusă se penetrează periorbita la limita posterioară a decompresiei (peretele anterior al sinusului sfenoid). Trebuie mare atenție ca bisturiul să nu lezeze conținutul orbital. Inciziile se fac în direcție postero-anterioară, astfel încât grăsimea herniată care prolabează să nu împiedice vizualizarea. La pacienții cu diplopie preoperatorie sau neuropatie optică se plasează inciziile spațiate la 10 mm distanță pentru a păstra o porțiune de periorbita deasupra mușchii drept medial (sling technique). Aceste benzi fibroase se incizează când este nevoie de o decompresie maximală ca în caz de pierderea acuității vizuale în neuropatia optică. La sfârșitul procedurii se obține un prolaps generos al grăsimii în cavitățile etmoidale și maxilare. Tamponamentul nazal nu se face pentru a evita presiunea în regiunea apexului orbital

și

a

nervului

optic.

#### **INGRIJIRI POSTOPERATORII**

Pacientul este externat a 2-a zi cu prescrierea unui antibiotic antistafilococic si instructiuni de irigatii saline de 2 ori pe zi. La 1 saptamina se curata crustele si depozitele nazale sub control endoscopic.

#### **REZULTATE**

La pacientii cu neuropatie optica compresiva scopul este restaurarea deficitului vizual ,la cei cu proptoza severa este urmarita revenirea globului ocular in orbita .Decompresia endoscopica singulara obtine o recesiune oculara de 3,5 mm in timp ce o decompresie laterala adaugata aduce o recesiune a globului ocular aditionala de 2 mm.

#### **COMPLICATII**

Instalarea diplopiei sau inrautatirea diplopiei preexistente a fost raportata la 15-64% din pacientii la care s-a efectuat decompresie orbitara in boala Graves, conform unui studiu efectuat la departamentul de otolaringologie Massachusetts, 2009

## **MANIFESTĂRI ȘTIINȚIFICE**

### **A XL – A REUNIUNE NAȚIONALĂ DE ISTORIA MEDICINII**

Prof. Dr. Constantin BOGDAN

București

*A 40-a ediție a Reuniunilor Naționale de Istoria Medicinii a avut loc la Constanța recent (3-5 iunie) sub deviza „Cine uita, nu merita”.*

Nivelul înalt de organizare, calitatea comunicărilor, participarea internațională, numărul de participanți și prezența unor mari personalități ale medicinei, manifestările organizate în paralel cu sesiunile de comunicari - lansări de carte de istoria medicinei, expoziție de carte veche de anatomie și chirurgie, expoziție de tehnică și instrumentar chirurgical vechi, semnificațiile aniversare ale reuniunii: *împlinirea a 150 de ani de la nașterea marelui anatomist și chirurg de renume internațională Thoma IONESCU (1860-1926) și a 50 de la moartea altui corifeu al chirurgiei și în special al istoriei medicinei naționale și internaționale Victor GOMOIU (1882-1960) și, în sfârșit a 20 de ani de la înființarea Facultății de Medicină Constanța și a Universității „Ovidius”, toate cele de mai sus au imprimat reuniunii o dimensiune și un prestigiu aparte. Acestea îndreptățesc ca reuniunea de la Constanța să fie consacrată drept *congres* și să fie înscrisă ca un reper important în istoria medicinei.*

Pus sub semnul celor doi mari înaintași, dominanta tematică a congresului a fost *istoria chirurgiei*, domeniu în care s-au adus contribuții prețioase, revelații scoase la iveală de cercetări migăloase, riguroase științifice și subordonate adevărului, delimitându-se de mitizări și anedotic, deși și acestea au fost prezentate.

Organizatorii de prestigiu ai Congresului care au dat girul calității manifestării-AMR- *Societatea Româna de Istoria Medicinii, Universitatea „Ovidius” Constanța- Facultatea de Medicină, AOSR-Filiala Constanța, Academia de Științe Medicale din Romania- Filiala Constanța, Colegiul Medicilor din Constanța* au avut un exponent avizat, motivat, competent, chirurg strălucit, dascăl și om de cultură, profesor dr. Vasile SÂRBU- președintele Societății Române de Chirurgie care și-a organizat o echipă pe măsură, răspunzătoare de reușita Congresului.

Citând din „Cuvântul înainte” al profesorului Sârbu, înțelegem mai bine ce și-au propus organizatorii, reușita finală fiind rezultanta firească a inițiativei și organizării:

*„ Este o mare onoare să avem prilejul audierii unor lucrări despre marii noștri înaintași, Toma Ionescu și Victor Gomoiu, precum și alte comunicări interesante. Vă felicit pe toți cei ce ați ostenit să readuceți în fața noastră, a urmașilor, chipurile luminoase ale înaintașilor și să participați astfel la un act de cultură și de educație comportamentală a noilor generații de studenți și tineri medici...*

*Ne-am străduit să batem medalia cu Thoma și Victor laolaltă, reținând din viața lor doar citoplasma spirituală care i-a unit și dând la o parte grauntele care i-au despărțit. În felul acesta redăm liniște sufletelor lor zbuciumate și reasezăm pe toți urmașii lor și pe contemporani în corul celor îndrăgostiți de opera nemuritoare pe care ne-au dăruit-o.*

*Împreună cu Prof. Univ. Dr. Octavian Unc am pornit la scrierea unei „Istorii a Medicinii Dobrogene” din care vă vom dărui volumul I. Celelalte două volume vor veni la viitorul Congres din 2011.*

*Aș fi fericit, dacă după acest Congres am putea pune bazele unei Reviste a Societății Române de Istoria Medicinii, agreată nu numai de iatroistoriografie dar și de noi, cei care slujim în alte specialități, aceluiasi scop al sanogenezei.*

*Fiți bineveniți și simțiți-vă ca și cum am sta în jurul lui Ovidius, care ne-ar recita din „Ars amandi” nemuritorile lui versuri. Căci el este rudă cu fiecare dintre noi”.*

Invitați speciali care au onorat Congresul : Profesor Giorgio ZANCHIN (Italia) Președinte în exercițiu al Societății Internaționale de Istoria Medicinii (SIIM), Profesor Diamandoponlos ATHANASSIOS (Grecia), Președinte SIIM 2004-2008, Profesor Alfredo MUSAJE SOMMA (Italia) Trezorerul SIIM, Profesor Jeane-Pierre TRICOT (Belgia)- Presedinte SIIM, Profesor Andre FABRE (Franta) autorul a doua comunicări, de fapt ample

rapoarte), excepțional documentate, elogiative la adresa țării noastre dovedind dragoste și admirație frățească față de România: „*Les medecins roumains et la France*” și „*Roumanie et France: histoire d'une fascination mutuelle*”, prima referindu-se la relațiile medicale și contribuția medicilor români, (aflați la studii, specializare sau stabiliți în Franța), la valorile medicinei universale, a doua analizând din perspectiva Franței contribuțiile oamenilor de cultură români, afirmați în această țară, cei mai mulți intrați în cultura franceză și universală: Anna-Elisabeth de Noailles (1876-1933) Marta Lahovary ( Bibescu), Panait Istrati , Eugen Ionesco , Tristan Tzara, Paul Celan, Constantin Brâncuși, George Enescu, marii actori de Max, Jean Yonel , Elvire Popesco.

Domeniul medicinei și culturii a fost abordat și de subsemnatul în lucrarea: „Din istoria preocupărilor (și realizărilor) artistice ale medicilor români” .

Au fost evocate personalități ale chirurgiei și medicinei românești, pe cale de a fi uitate: Florian MANDACHE, Aristide CARATZALI, Constantin DIMITRESCU-SEVEREANU, Al. D. RADULESCU, Dumitru BURLUI, Dimitrie GEROTA, Nicu GHERGULESCU, Mircea CONSTANTINESCU , farm.Virgil BOSTANARU (fost membru si al SMSPR ), Teodor FIRICA, Gheorghe PLACINTEANU, VI. BUTUREANU.

O frumoasă comunicare expusă poster a fost cea a grupurilor de la Universitatea Gr. T. Popa – Iasi și Facultatea de Medicină „Ovidius” Constanța: „*Din Istoria ecorseului anatomic*”, excurs documentat cronologic și imagistic prin anatomie și arterele plastice.

Din multitudinea de comunicări am mai reținut: „*Protocronism sau ierarhie de valori în medicină*”- Radu Iftimovici; *Artificial anatomy: Susini and Brancusi-testimonials of art-medicine relationship, o altă imagine a doctorului Bolton* – O. D. Unc, V. SÂRBU, Gh. STĂNCULESCU, „*Un premiu Nobel ratat – descoperirile profesorului Levaditi*”, Mihaela PUNDICHE, Vasile SÂRBU, Raluca PASĂRE, în sfârșit, ciclul de comunicări privind „*Istoria Chirurgiei cardiace în România*” și „*Istoria transplanturilor de organ, țesuturi și celule în România*” semnate de Radu Deac, Irinel Popescu și Vasile Sârbu.

Adaugăm inspirația organizatorilor de a invita și implica în organizare și programul științific, cu necesare beneficii educative, a „*Societății Studenților chirurghi din Romania*”.

O altă reușită a congresului a fost lansarea de carte. În această „sesiune” au fost lansate:

- *Pagini din istoria geriatriei și gerontologiei românești*, autori Mircea DUMITRU, Constantin BOGDAN, Ion HURJUI.

- „*De la „Spitalul lui Drăghici” la Spitalul Județean de Urgența Vaslui*” (1852-2010), autori: Valeriu LUPU, Nicolae BÂRLADEANU, Mihai CIORANU,

- „*Istoria Medicinei dobrogene*, autori Vasile SARBU, Octavian UNC,

- „*Despre Regenerarea și ... degenerarea unei națiuni*”, autor Octavian BUDA.

## **Altfel...despre RADIOLOGIE**

Dr.Sabin Nemeş Bota – radiolog SJU  
Baia Mare

Poate că ceea ce urmează nu va prezenta un interes semnificativ pentru clinicieni dar totuși sunt informații ce pot da răspunsuri unor întrebări. Există un ghid european al utilizării investigațiilor de radiologie convențională, imagistică medicală și medicină nucleară pentru orice diagnostic suspionat în practica medicală uzuală. Acest ghid a fost tradus de SRIM (Societatea de Radiologie și Imagistică Medicală) și postat pe site-ul societății în urmă cu mai mulți ani. Am obținut atunci acceptul necesar și am tipărit, pe cheltuiala spitalului acest ghid pe care l-am distribuit tuturor secțiilor iar apoi și spitalelor din județ bănuind, pe bună dreptate, că va veni vremea în care vom fi obligați să ne conformăm prevederilor acestuia, renunțând la inspirația de moment, rutine care țin de istoria medicinei și alte...improvizații. În urmă cu câteva săptămîni, pe site-ul Ministerului Sănătății au apărut, ca proiect, alte numeroase ghiduri de practică medicală de specialitate printre care și acesta de radiologie și imagistică medicală. Deci, dacă ținem seama și de legislația care reglementează domeniul radiodiagnosticului de ani buni și pe care, din păcate o cunoaștem doar noi radiologii, relația dintre clinicianul ordonator de investigații și specialistul prestator nu va mai fi una supusă persuasiunii sau chiar presiunii intermediată de pacient și familia acestuia ci una pur profesională, motivată exclusiv de beneficiul pentru diagnostic. Vor fi salvate numeroase resurse ce pot căpăta o altă destinație sistemică și poate, vom reuși și noi radiologii să ne simțim mai în largul nostru ca specialiști și putând în sfîrșit să facem ceea ce știm dar nu reușim din cauza lipsei de timp.

Nu voi vorbi ACUM despre radioprotecție deoarece acesta va fi un subiect separat, pe care îl pregătesc de mult timp și pentru care am adunat numeroase date. Cu riscul de a vă plictisi voi vorbi despre oboseala oculară și intelectuală a radiologului, cauză generatoare de erori de diagnostic, voi vorbi despre ergonomia locului de muncă în radiologie. Radiologia este o specialitate de multe ori asimilată muzicii sau desenului în învățămînt, un fel de disciplină de mîna a 2-a. Unora dintre clinicieni li se poate părea o bagatelă dar nu este deloc așa. Poate că ecografia, CT-ul, IRM-ul ne-au făcut să „ creștem” puțin ca prestigiu dar profesia nu este ușoară. Aspect normal și patologic în TOATE specialitățile. Asta este la o definiție ultra simplistă. Nu suntem frustrați sau cel puțin eu nu sunt dar am dori să ne facem treaba fără atîtea ingerințe. Niciodată disciplinele clinice nu ar fi putut progresa fără „cenușăresele,, medicinei: laboratorul de analize, radiologia și imagistica, anatomia patologică. Sau poate totuși sunt puțin frustrat cînd în majoritatea gîrzilor mi se cer radiocarpuri și glezne și falange și examene CT cerebrale pentru vertij și cefalee cronică după ce am învățat atîția ani și am dat atîtea examene.

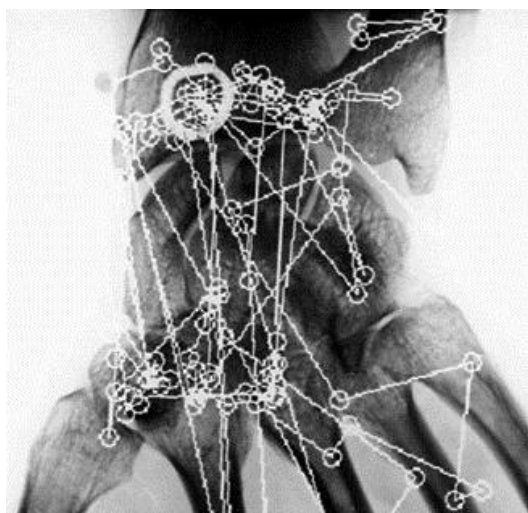
Sunt perfect de acord că trăim în epoca medicinei bazată pe dovezi dar totuși practica nu trebuie total dezumanizată prin înlocuirea examenului clinic corect și complet cu analize și investigații din care să pescuim un diagnostic și eventual o conduită terapeutică. Nu este deontologic și nu este cost-eficient. A fost o mare greșeală făcută anterior în vest dar nu suntem obligați să o facem și noi.

Poate că radiologia trebuie, mai mult decît alte specialități să beneficieze de ceea ce se numește ergonomia locului de muncă. Nu sunt povești ci date științifice bazate pe studii îndelungate și riguroase impuse de observații făcute în sisteme vestice de control al calității.

Studiile au avut în vedere numeroase variabile:

### **2. amplasarea cabinetului**

3. dimensiunea acestuia
4. numărul de persoane / utilizatori simultani
5. aglomerarea mobilierului
6. scaunele pentru examinator
7. coloritul ambiental, reflectivitatea suprafețelor
8. sistemele de vizualizare
  1. negatoscop
  2. monitor
    1. cu tub catodic
    2. LCD flat
    3. diagonala acestuia
    4. tonuri de gri sau color
9. numărul de display-uri din incintă
10. câte sunt în fața examinatorului
11. tipul de iluminat din incinta de examinare
  1. direct sau indirect
  2. cu incandescență, cu fluorescență sau ambele
  3. prezența parțială a iluminatului natural
  4. dacă intensitatea iese din plaja optimă de 25-40 de lucși
12. dacă există artefacte luminoase în fața planului de vizualizare ( paginile albe pe care se editează rezultatele etc )
13. dacă se face diagnostic intermitent pe clișee ( la negatoscop ) și monitoare
14. numărul de examinări pe oră și pe zi
15. diferența de „ zgomot” de fond in funcție de protocoalele de investigare utilizate
16. cuantificarea riscului de rezultate fals pozitive / fals negative pe parcursul zilei
17. variabilitate capacității de discriminare a tonurilor de gri
18. etc etc etc



În imagine este vizibilă o banală radiografie de radiocarp în incidența AP. Cu metode digitale a fost urmărită dinamica „ interesului vizual” exprimat prin motilitatea pupilară pe zonele de analiză dictate de creier conform pregătirii profesionale. Sunt cel puțin 82. Imaginați-vă mai întâi efortul făcut de mușchii ciliar și de musculatura extrinsecă. Și este doar una din zecile de radiografii zilnice sau din miile de imagini CT zilnice, la acestea din urmă „punctele” de interes fiind de ordinul sutelor pe fiecare secțiune. Pentru o examinare hepatică în cele 3 achiziții de bază sunt cel puțin 210 imagini, pentru o examinare craniofacială cu reconstrucții 3D sunt peste 250 de imagini, pentru o achiziție TOF de angio IRM

punctele de interes pe o singură imagine pot depăși 500 iar pentru a căuta un polip colonic prin endoscopie virtuală trebuie analizate peste 10.000 de imagini.

Ce vreau să spun ? Timpul optim de lucru în imagistică, în condițiile numărului de examinări solicitate uzual în spital (și este la fel în toată țara) devine o noțiune derizorie. În cabinete este un du-te vino permanent, suna telefoanele, pacienții stau grămadă pe uși, ruperile de ritm sunt în număr de zeci pe oră. Efortul intelectual de concentrare este făcut uneori cu rabat nedorit de la acuratețea interpretării rezultatelor și cu mult consum afectiv din teama de ineficiență sau chiar eroare. Vă rog să vă amintiți situațiile în care am pus diagnostice de mare finețe, poate salvatoare de viață și care v-au permis să vă puneți în valoare calitățile profesionale așa cum vă rog

să vă amintiți și situațiile în care pacienții au rămas nediagnosticsați la timp , poate și din cauza noastră.

Iar în loc de concluzie: radiologul face și el un consult de specialitate depunând efort fizic și intelectual deloc de neglijat. EL ar trebui să fie cel ce recomandă tipul de examinare în funcție de diagnosticul suspionat de clinician. Acest demers profesional presupune însă o relație directă mai consistentă decât cea practică în prezent, un schimb mai detaliat de informații între clinician și imagist dar mai ales responsabilitate deontologică și profesională în „etichetarea” urgențelor. Există colaborări aproape perfecte și în prezent dar ele sunt excepții. Să evităm măcar iradierea fără beneficiu pentru diagnostic deoarece mi-e teamă că restul va rămâne probabil de rezolvat pentru generațiile viitoare, prezentul fiind dominat de constrângeri financiare, frustrări nenumărate și un grad extrem de mic de solidaritate profesională, una din principalele cauze ale statutului nostru social deja aproape inacceptabil.

## 14 iulie - SĂRBĂTOAREA NAȚIONALĂ A FRANȚEI

### Semnificația căderii Bastiliei

Prof. dr. George PETRESCU  
Cluj

În vara fierbinte din 1789, în toiul Revoluției franceze, apărută pe fondul crizei financiare, politice și sociale, capete de acuzație a durității și incompetenței regimului absolutist regal, când în luna lui cupor sângele răsculaților curgea în șiroaie pe străzile Parisului, poporul condus de oratori, ce-i inflamau zelul profund justificat de revoltă și nesupunere, s-a apropiat de zidurile Bastiliei.

Această imensă fortăreață, construită lângă una dintre porțile orașului în scop militar, între 1370-1382, devenise cu timpul închisoare politică și civilă, reprezentând simbolul puterii de asuprire și împilare medievală. Între zidurile ei și-au petrecut ani de restriște multe genii ale gândirii franceze, începând cu Voltaire, Mirabeau și alții, fiind rezervată concomitent și delicvenților de drept comun.

Atacată de mulțimea înarmată, dar necunoaștoare a regulilor de asalt, bastionul rezistă toată dimineața de 14 iulie, garda de apărare, formată doar din câteva zeci de pușcași, ucigând 83 de insurgenți și rănind pe alți 73, în timp ce îi escaladau zidurile.

Ușa-pasarelă coboară brusc, strivind sub greutatea ei alte corpuri angajate în trecere. Strigătele de mânie și durere stârnesc furia trecătorilor, ce se alătură neputincioși și ei în fața gigantei fortificații, care pe la orele patru după amiază era încă în picioare. Pentru al doilea asalt, în aceeași zi, s-au prezentat trupe regulate care au dezertat din cazărmi în acest scop, 300 de soldați și comandanții lor, reduta fiind cucerită de acești profesioniști într-o oră. Captura era mică. În afară de guvernator și apărătorii cetății, nebuni și un conte internat la cererea tatălui său, expediați imediat spre justiție, ospiciu sau domiciliu.

Deci Bastilia fusese găsită practic goală, căci milioanele de asupriți ai sfârșitului de Ev Mediu se aflau sub cerul liber pe întreg întinsul Franței. Conduse de înțelepciunea iluministă a marilor înaintași și de principiile umaniste cumulate în cultura franceză de-a lungul secolului al XVIII-lea și având în față modelul mișcării anglicane de libertate declanșată încă în 1645, diversele păături sociale ale populației franceze, solidare cu mișcarea de înnoire și progres, susținută de reprezentanții burgheziei dornice de descătușare, au ales calea libertății, fraternității și democrației („Poporul, - suveran!”), punând sfârșit absolutismului medieval și piatră de hotar epocii moderne.

De-a lungul secolelor următoare, drepturile omului „cucerite atunci”, au stat mereu în atenția legiuitorilor, ele constituind în cele din urmă principiile de bază ale reglementărilor

din acest domeniu, promovate în epoca modernă de Organizația Națiunilor Unite. Acestea înalță ființa umană la onoarea unei adevărate instituții, ce-și are prerogative și obligații bine determinate și constant apărate, valabile nu numai între indivizi aceleiași comunități, ci promovate și în relațiile dintre popoare. Grație lor, marile conflagrații sunt mereu prevenite și pacea mondială salvagardată, cultivându-se înțelegerea la scară terestră.

Modelul revoluționar, de luptă pentru libertate oferit de Franța, a fost preluat de toate țările europene în cursul secolului al XIX-lea, fiind oglindit în mișcările anului 1848, care au deschis orizontul de făurire a unității naționale a acestora, între care se numără și perspectiva de făurire a României moderne, realizată la scurt timp.

Aniversarea a 200 de ani de căderea Bastiliei, în anul 1989, ocazie de bilanț a schimbărilor întregului continent, a fost succedată, după cum se știe, de abolirea totalitarismului de tip socialist-comunist și reinstalarea principiilor democrației în tot centrul și estul Europei. Evoluția spre acest sistem rațional, încă fragil și atât de perfectibil, constatăm acum, iată, după douăzeci de ani de tranziție, că nu este lipsită de imprevizibil și de unele greutăți, surmontabile prin voință și unitate în interior, prin solidaritate și colaborare între state.

## **RĂȘFOIND REVISTE MEDICALE**

### **REVISTA ROMÂNĂ DE MEDICINA MUNCII NR.4/2009**

Dr. Felix MARIAN – Baia Mare

În Editorialul revistei, redactorul șef Prof.dr.Toma Niculescu timp de circa 20 ani (1991-2010) arată cum a apărut această publicație și ce înseamnă să fii redactor șef al unei reviste, satisfacțiile avute cât și unele „dezamăgiri de-a lungul celor două decenii.”

”Evaluarea expunerii profesionale și a efectelor asupra stării de sănătate a lucrătorilor din unitățile agricole” este un studiu semnat de dr. Dana Rusea, dr. Adriana Todea și dr. Aurelia Ferencz (I.S.P. București) care readuce în atenția specialiștilor de medicina muncii caracteristicile muncii din agricultură, necesitatea efectuării examenelor medicale profilactice acestor lucrători, promovarea sănătății la locul de muncă prin întocmirea de ghiduri, acțiuni de comunicare a riscului profesional într-un domeniu în care medicina muncii nu și-a spus ultimul cuvânt.

Dr. Livioara Zavate (.S.P. Dolj), dr. A. Zavate (UM.F. Craiova), dr. A. Râjnoveanu și prof.dr. A. Cocârla (U.M.F.Cluj ) sunt autorii cercetărilor intitulate „Malformațiile congenitale în două regiuni de dezvoltare ale României: Nord-Vest și Sud-Vest”. În prima lucrare sunt prezentate aspecte generale obținute în urma prelucrării datelor din foile de observație ale Clinicilor de Pediatrie și Chirurgie Pediatrică ale Spitalului Clinic de Copii Cluj și ale Spitalului de Urgență nr.1 Craiova, în intervalul 2003-2007. În a doua lucrare

autorii și-au propus o analiză a relațiilor posibile dintre prevalența malformațiilor congenitale și ocupația părinților.

”O problemă legată de amplasarea obiectivelor industriale” este o scrisoare adresată redacției de către as. pr. medicina muncii Nicolae Bică (D.S.P. Călărași) care dezbate problema legată de riscurile pentru sănătate pe care o întreprindere le poate genera în mediul înconjurător învecinat întreprinderii respective (mediul ambiant).

Din cuprinsul revistei mai semnalăm prezentarea a trei Teze de Doctorat: ”Cercetări privind dermatozele alergice profesionale” doctorand : dr. Letiția Bucur, conducător științific prof.univ.dr. Toma Niculescu (U.M.F. „Carol Davila „ București). „Cercetări privind promovarea sănătății la locul de muncă și marketing-ul social într-o unitate industrială din județul Bihor” autor dr. Zeno Virgiliu Munteanu, conducător științific: prof. dr. Iosif Bardac (Sibiu); „Alimentația ca factor de protecție într-o colectivitate, expusă la noxe industriale”-autor: dr. Daniela Georgeta Pătrașcu, conducător științific: prof.dr. Toma Niculescu (București).

La rubrica Informații – dr. Hilda Herman relatează despre a 5-a Conferință Internațională ”Ingineria și supravegherea mediului înconjurător - susținerea producției și consumului”-desfășurat la Tulcea și în Delta Dunării (Crișan, Sulina) în septembrie 2009, organizată de Universitatea Tehnică ”Gh. Asachi” din Iași și Universitatea ”Panonia ” din Veszprem (Ungaria.)

Sunt prezentate Noutăți de la Editura ”Medmun”. Astfel, ”Medicina Muncii- Manual de Boli Profesionale”-vol. I cuprinzând „Intoxicațiile profesionale cu metale și metaloizi” (290 pagini ) și vol. II cuprinzând „Intoxicațiile profesionale cu hidrocarburi și alți agenți chimici” (390 pagini). În curs de apariție vol. III - Boli profesionale datorate agenților fizici de la locul de muncă și vol. IV – Pneumoconiozele. Alte boli pulmonare profesionale sau legate de profesiune.

În încheiere sunt publicate listele cu abonații la „Revista Română de Medicina Muncii”- 2009, persoane fizice și persoane juridice.

VITRINA CĂRȚII MEDICALE

**INGHITE PLATON,  
NU PROZAC!**

**LOU MARINOFF**

Dr. Doina Bochis – Baia Mare

În 1981, la Köln, filozoful terapeut Gerd Achenbach a inaugurat primul cabinet de consiliere filozofică.

Consilierea și psihoterapia pot fi considerate complementare, mulți psihoterapeuți sunt și consilieri, este o dispută ce gravitează în jurul acestor termeni. Consilierea este definită ca o „interacțiune interpersonală (Ernesto Spinelli) dar cel care a inițiat această terapie fundamentând-o medical este Carl Rogers. Rogers a considerat pacientul suprapsihiatizat, strivit de psihiatrie și a impus o respectare necondiționată a acestuia ca persoană, precum și o atitudine onestă a terapeutului în relația cu pacientul, suferința sufletească fiind plasată în centrul ședinței de terapie prin incurajarea relației (autoactualizare).

Sunt atitudini empatice, pozitive necondiționate ale terapeutului ceea ce duce la valențe și deschideri filozofice.

Publicul consideră consilierea inferioară psihoterapiei. În realitate nu există o deosebire între cele două care au în fond același scop, rezolvarea problemelor personale și schimbarea personală.

Filozofii, cercetătorii „medicinii sufletului” de la Socrate la filozofii secolului XX au reflecții și tehnici privind cunoașterea umană și soluționarea celor mai importante probleme ale naturii umane, așa numitele „terapii înțelepte Tim Lebon”.

Cum poate ajuta filozofia consilierea? Iată ce spune Lou Marinoff: activitatea analitic instructivă dusă cu pacienții, soluționarea problemelor terapeuților înșiși, evaluarea beneficilor consilierii.

Viktor Frankl consideră eficace o terapie bazată pe căutarea sensului vieții și se înscrie în clarificarea și analiza valorilor care guvernează viața. Astfel se soluționează dilemele, se iau decizii, se elimină confuzii, se conturează semnificații ale libertății persoanei, fericirii, credinței, morții.

Terapeutul furnizează instrumente de dezvoltare a axiologiei persoanei, dezvoltarea stabilității sale emoționale și decizionale, totul într-un dialog autentic cu pacientul și nicidecum ca o soluție autoritară. Deci, dinamica explorării filozofice a vieții cu descoperiri profunde, radicale și neașteptate în plan personal.

Lou Maronoff preia formula inițiată de Achenbach, faimoasa formulă PEACE (Problemele, Emoțiile, Analiza, Contemplația și Echilibrul). Restul terapiei filozofice ar fi de instaurare și a unei ordini morale. Ordinea morală „nu e un medicament dar are efecte secundare admirabile”.

Perspectiva psihiatrică consideră boala ca ceva genetic, biologic, provocat de mediu, sau în afara controlului nostru. Perspectiva filozofică este abordarea problemei personale, rezolvarea problemei, ce să înveți din asta și să aplici ceea ce singur ai învățat pentru viitor.

În cartea lui Marinoff sunt prezentate cazuri analizate din perspectiva menționată.

Iată de exemplu grupul dialogului socratic (în Germania te poți înscrie la un asemenea grup pe durata unui weekend, sau în stațiuni, în cămine de bătrâni, în centre comunitare și chiar pe durata unei croaziere).

Un alt grup era centrat pe necesitatea înțelegerii speranței „pasiunea pentru un lucru, împreună cu ambiția de a reuși, Hobbes Schopenhauer”.

Înțelegerea filozofică dormitează lent în mintea umană, forța terapiei e de a o trezi.

O relatarea amuzantă în final. Marele violoncelist Pablo Casals a avut un accident de schi, a trebuit să poarte un gips la braț ceea ce a dus la anularea a numeroase proiecte și concerte. Probabil era depresiv, anxios, frustrat, cu privire la cariera sa. La conferința de presă specială cu scopul de a anunța noutățile, ziaristii l-au văzut vesel și pozitiv. A răspuns întrebărilor: „Mă bucur că nu trebuie să exersez”.

A consultat un filozof practician, s-a concentrat asupra circumstanțelor constructive și a găstit cea mai benefică atitudine.

Poate nu e ușor, dar e preferabil celorlalte alternative, depresie, anxietate, mânie, vinovație, dependență, victimizare, boală.

# ARSURILE ȘI INTOXICAȚIILE CE POT SURVENI ÎN MANAGEMENTUL SITUAȚILOR DE URGENȚĂ

Locotenent ing. MARIAN PIȚIȘ  
ISU Maramureș - Baia Mare

## Arsuri

### 1. Generalități

#### Definiție:

Arsura este o leziune a pielii sau a mucoaselor provocată de expunerea acestora la o căldură intensă sau prin contactul lor cu un agent fizic sau chimic. Arsurile moderate spre severe cer spitalizarea în momentul când sunt mai mari de 10 % din suprafața totală a corpului (STC) sau arsuri ale mâinilor, feței, picioarelor, bazinului.

#### 1.1. Statistici:

Victimele arsurilor nu supraviețuiesc în următoarele cazuri	
Jumătate din copii între 0 – 14 ani	Arsuri pe 49 % din STC
Persoanele între 15 – 44 ani	Arsuri pe 46 % din STC
Persoanele între 45 – 65 ani	27 % STC
Persoanele peste 65 ani	10 % STC

Tabelul nr. 1. Statistica cazurilor de arsuri fatale

#### 1.2. Etiologia (cauze, circumstanțe care produc arsurile):

Arsurile pot fi provocate după cum vom vedea în continuare, de agenți fizici sau chimici, în funcție de caz.

Agenți fizici de natură termică, ce produc arsuri, sunt: flăcări, lichide fierbinți, vapori supraîncălziți, corpuri incandescente, metale topite. Un caz aparte al agenților fizici este reprezentat de curentul electric, ce se manifestă prin flamă electrică degajată de arcul voltaic sau trecerea curentului prin corp (electrocutarea propriu-zisă). Agenții chimici producători de arsuri se împart în două mari grupe: acizi și derivații lor, alcalini și derivați.

#### 1.3. Tipuri de arsuri

##### *Caracteristicile arsurilor în spații închise:*

Dat fiind faptul că acestea au loc în zone mult limitate spațial, din punct de vedere al celor care intervin, salvarea este dificilă, mai ales datorită faptului că victima este ori asfixiată deja, ori în curs de asfixiere, în ambele cazuri rezultând probleme serioase. În unele cazuri putem avea carbonizări parțiale de membre sau părți ale corpului, ceea ce necesită manipulare cu grijă. Este de la sine înțeles că leziunile profunde - deseori cu evoluție fatală - se produc mai ales la zonele pielii sau ale corpului care nu sunt bine protejate de costumele de protecție sau haine obișnuite, respectiv mâini, cap, gât. Deasemenea, în spațiile închise sunt frecvente arsurile căilor aeriene superioare, inhalare de fum, gaze toxice (dioxid de carbon, monoxid de carbon, dioxid de sulf, etc.)

*Arsurile prin inhalare* însoțesc intoxicația cu monoxid de carbon (CO) sau alte noxe. Ele se suspectează ori de câte ori apar într-un spațiu închis, cuprind fața, părul. Timpul de înjumătățire a CO este de 4 – 5 ore în aerul camerei, 90 min când se administrează oxigen 100 % și 2 minute cu oxigen hiperbaric.

#### *Arsuri prin explozie, leziunile de blast:*

Arsurile prin explozie degajă o cantitate mare de energie, suficient ca la expuneri minimale, de fracțiuni de secundă, să se producă leziuni tegumentare și respiratorii grave. Greu de crezut, dar tegumentul (pielea) are o mare capacitate protectoare. Spre exemplu, la explozii cu benzină, ce degajă circa 3200 °C la suprafața pielii, în interior, la o adâncime de 1 mm, temperatura este scăzută la 47 °C. De aceea, caracterul arsurilor este variabil, în funcție de adâncime, grosimea tegumentelor și gradul lor de tensiune.

Suflul exploziei produce leziunile de blast care antrenează afectări ale aparatului respirator și leziuni tegumentare.

Leziunile de blast se împart în: primare, secundare, terțiare.

Leziunile primare sunt produse de unda de șoc, ele vizează organe care conțin gaze cum ar fi: plămân, sistemul gastro intestinal, urechile, și pot produce moartea fără existența nici unui semn extern de leziune a corpului.

Leziunile secundare apar când victima e lovită de alte obiecte, de exemplu sticle, ziduri, sau obiecte care se prăbușesc, provocând de la plăgi minore până la leziuni prin strivire, chiar moarte, iar cele terțiare survin când victima este aruncată de suflul exploziei, și se lovește de alt obiect sau pământ.

#### *Arsurile prin flăcări. Caracteristici.*

În procent mare, arsurile prin flăcări, sunt grave prin consecințe locale, dar și datorită fenomenelor reacționale, declanșate de la o anumită întindere tridimensională a leziunilor tegumentare. Ele determină de regulă leziuni profunde, iar la copii de regulă pot fi chiar ireversibile, și se asociază unei puternice hemolize, atât local cât și general, cu afectări ale căilor respiratorii, prin inhalare de fum și gaze toxice sau corpi străini.

*Arsurile prin lichide fierbinți* au o gravitate mai redusă, funcție de profunzimea leziunii. Este foarte importantă însă durata de expunere știindu-se că hainele, dau datorită proximității și în unele cazuri datorită îmbibării, un contact prelungit cu agentul fierbinte.

*Arsurile prin contact cu suprafețe încălzite sau metale incandescente*, sunt în general uniforme și limitate, de regulă profunde, escarificarea tegumentului și regiunilor subiacente, survenind aproape instantaneu.

*Arsurile electrice* se produc în urma supunerii la flama arcului voltaic, cu o degajare de căldură de 3000 - 3500 °C sau prin trecerea curentului prin țesuturi (electrocutarea propriu-zisă).

Arsurile cauzate de astfel de fenomene electrice sunt leziuni deosebit de grave, ce produc carbonizarea instantanee a pielii și straturilor adiacente, cu leziuni musculare întinse, necroze ale scheletului și afectări vasculare (tromboze extensive). Deasemenea, pot duce la moarte instantanee sau precoce datorită sincopelor respiratorii sau cardiorespiratorii cu leziuni ireversibile în centrul vegetativ ai trunchiului cerebral. Curentul electric merge pe calea cu cea mai mică rezistență: nervi, vase sangvine, mușchi, producând creșterea temperaturii, mai ales osoase, care se eliberează către musculatura înconjurătoare, provocând leziuni.

#### **1.4. Leziunile datorate mediului înconjurător**

*Leziunile datorate temperaturilor mari*, pot apare prin arderea directă, provocând hiperpirexia (peste 41 °C temperatura corpului), caz în care avem o urgență medicală acută, cu o mortalitate semnificativă: 20 – 25 %. Victima trebuie să fie transferată într-un mediu răcoros, cu administrare de lichide. Tot la acest punct se încadrează și arsurile actinice provocate de expunerile repetate la razele solare (infraroșii și ultraviolete) sau surse artificiale de ultraviolete.

*Leziunile datorate temperaturilor scăzute* pot apărea frecvent în diverse cazuri asociate misiunilor de salvare, cum ar fi imersia îndelungată în apă, expunerea îndelungată la frig, etc. Hipotermia se instalează când temperatura corpului este sub 35 °C.

#### *Arsuri chimice*

În urma arsurilor chimice, survine deshidratarea foarte rapidă, mai ales în cazul soluțiilor concentrate de acid sulfuric, hidrofluoric, datorită calităților higroscopice ale acestora, și deasemenea degradarea proteinelor tisulare cu apariția unor combinații de proteinați acizi sau bazici.

*Arsurile prin acizi* (ex: sulfuric, clorhidric, azotic, acetic, fosforic). Acestea determină leziuni grave și intoxicații; sunt produși higroscopici deci dau deshidratare marcată, provoacă o reacție exotermică, temperaturile degajate agravând leziunile inițiale, iar degradarea proteică realizează escarificarea tisulară.

*Arsura prin alcalii* (ex: hidroxid de sodiu, de potasiu). Alcalii sunt deasemenea higroscopici, la arderile cauzate de ei, penetrabilitatea este maximă, determinând leziuni profunde; combinarea cu albuminele și grăsimile, provoacă o reacție exotermică, dar și proteinați alcalini și săpunuri, formând leziuni ireversibile cu eliminarea treptată a țesutului necrozat pe timp lung.

### **1.5. Elemente de fiziopatologie (mecanismul de producere al arsurii, evoluție)**

Toate arsurile produc distrugerii celulare, în principal prin transferul de energie ce induce necroza de coagulare. Pielea reprezintă o barieră ce protejează avansarea transferului în straturile și mai profunde dar în zona de necroză, datorită deteriorării pielii, răspunsul tisular poate duce la alte complicații. Zona de necroză se numește zonă de coagulare, nefiind înconjurată imediat de țesut sănătos, ci aria înconjurătoare are un grad moderat de degradare care inițial scade perfuzia tisulară, formând o zonă de stază dacă fluxul nu este menținut. Ultima zonă este cea de hiperemie ceea ce înseamnă că avem de-a face cu un fenomen de vasodilatație ce înconjoară zona de necroză. Țesutul de aici este viabil, fiind primul vizat în procesul de vindecare.

### **1.6. Clasificări**

#### **1.6.1. Clasificarea arsurilor în funcție de gravitate (profundime).**

Localizări periculoase și arsuri grave sunt:

-fața, gâtul pentru că arsurile la acest nivel pot fi urmate de complicații la nivelul aparatului respirator

-toate arsurile care sunt în apropierea feței (pleoape), mâinii, peroneului, zonele de flexie ale membrelor, leziuni circulare la nivelul membrelor.

-arsurile care depășesc mai mult de 30% din suprafața arsă indiferent de gradul de arsură;

-arsurile de gradul III și care depășesc 10 % din suprafața corpului;

-arsurile complicate cu fracturi și cu distrugerii masive de țesuturi moi;

-arsuri profunde cauzate de substanțe acide sau de curent electric;

**În funcție de gradul de distrugere al țesuturilor și profunzimea arsurii se descriu**

**patru grade:**

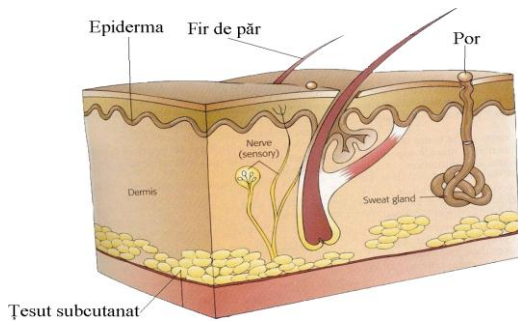


Figura 1.1- Țesuturile pielii

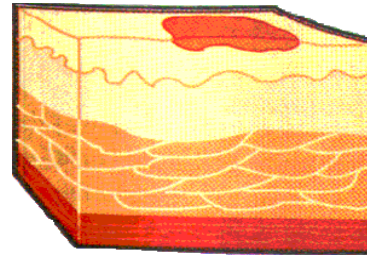


Figura 1.2- Arsură de gradul I

**Arsura de grad I interesează numai stratul superficial al pielii, epidermul. Se manifestă prin roșeața pielii, edem local, durere, frisoane. Arsura tipică de gradul I este eritemul solar, produs prin expunerea îndelungată și nerațională la soare. Durează 3-4 zile, după care roșeața scade fiind înlocuită de o pigmențiație brună urmată de descoamație.**

**Arsura de grad II interesează epidermul pe care-l decolează de derm provocând apariția flictenelor, vezicule (bășici) pline cu lichid gălbui, care nu este altceva decât plasma sangvină extravazată. Acest tip de arsură este provocat de lichide fierbinți sau metale incandescente, care au acționat o durată scurtă asupra pielii. Este cea mai dureroasă pentru că sunt atinse terminațiile nervoase de la acest nivel.**

**Arsura de grad III interesează dermul în totalitatea lui. Flictenele au conținut sangvinolent. Durerea nu mai este atât de intensă, poate să și lipsească deoarece terminațiile nervoase pot fi sau sunt distruse complet.**

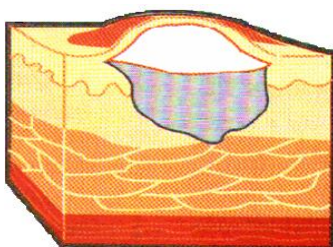


Figura 1.3- Arsură de gradul 2

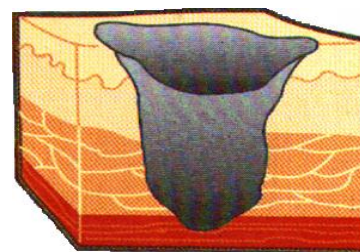


Figura 1.4- Arsură de gradul 3

**Arsura de grad IV interesează toate straturile pielii, apare necroza (moartea celulelor).**

**Primul ajutor în cazul pacienților care au suferit o arsură respectă principiile deja discutate.**

**Siguranța salvatorului este primul lucru de care trebuie să ne asigurăm. Controlul nivelului de conștiență și evaluarea funcțiilor vitale conform protocolului ABC sunt și ele valabile.**

## Caracteristici:

În cazul arsurilor provocate de flacără, important în aceste situații este oprirea cât mai rapidă a arderii cu jet de apă. Acest lucru este valabil și pentru situațiile când flacăra este deja stinsă, deoarece în acest moment arsura se poate propaga în continuare în profunzime. Se îndepărtează hainele pacientului cu condiția ca acestea să nu fie lipite de piele iar manevra de dezbrăcare să producă distrugerii tisulare. Odată cu dezbrăcarea pacientului se va asigura protecția acestuia de hipotermie.



*Figura 1.5 - Oprirea arderii și administrarea cu oxigen la pacientul traumatizat*

În cazul arsurilor provocate de substanțe chimice, spălarea suprafeței arse cu jet de apă în aceste situații trebuie să fie de o durată mai mare, pentru a fi siguri că se îndepărtează orice urmă de substanță cauzatoare. Profunzimea arsurii este direct proporțională cu timpul de contact, de concentrația substanței și proprietățile substanței.

În cazul arsurilor provocate de curentul electric, important este îndepărtarea pacientului de sursa de curent (sau invers). Totdeauna se are în vedere posibilitatea leziunii la nivel de coloană cervicală (datorită mecanismului acțiunii). Arsurile electrice produc leziuni atât la suprafața cât și în profunzimea organismului. Țesuturile sunt distruse prin mecanism termic. Se caută poarta de intrare și poarta de ieșire a curentului electric. Acest lucru este important pentru că ne furnizează informații privind traseul urmat de curent prin organism. Distrugerea tisulară este maximă la punctul de intrare. Dacă sunt interesate vase importante apar gangrene iar dacă traseul intersectează inima pot apărea tulburări în activitatea inimii deosebit de grave chiar moartea.

### Generalități:

- Jetul de apă trebuie folosit numai pentru regiunile afectate
- Este interzisă folosirea cremelor, unguentelor, substanțelor uleioase
- Se folosesc pe cât posibil pansamente sterile sau cârpe foarte curate, umezite. Nu se pune gheața în contact direct cu tegumentul.
- Se acoperă pacientul pentru a preveni pierderea de căldură.

## 1.6.2. Clasificarea arsurilor în funcție de întindere

Clasificarea arsurilor în funcție de întindere se face folosind “regula lui 9”, ce constă în divizarea suprafeței afectate a pielii în arii ce reprezintă 9% sau multiplu de 9, conform tabelului numărul 2.

Zonă	Adulți	Copii
Cap	9 %	18 %
Membre superioare	9 % + 9 %	9 % + 9 %
Torace ventral / dorsal	18 % + 18 %	18 % + 18 %
Regiunea bazinului	1 %	1 %
Membre inferioare	18 % + 18 %	14 % + 14 %

Tabelul nr. 2. Clasificarea arsurilor folosind “regula lui 9”.

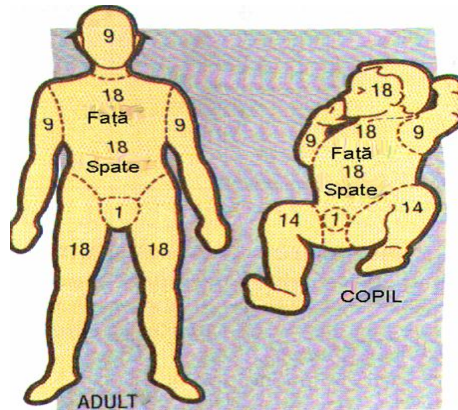
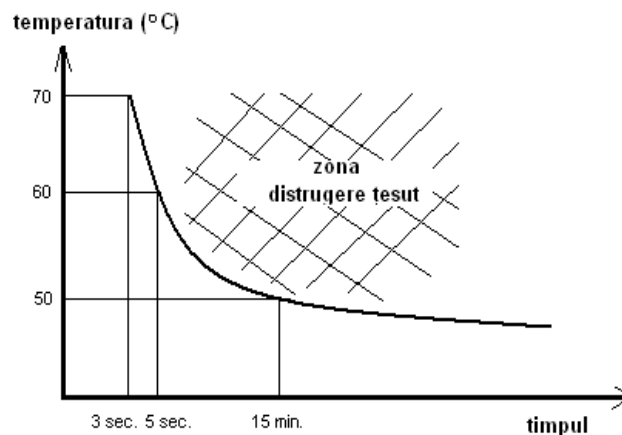


Fig. 1.5. „Regula lui 9” în imagini (Regula lui Wallace)

### 1.7. Consecințe locale și la distanță ale arsurilor .

Distrugerea țesutului este o funcție directă de temperatură și durata de expunere, conform graficului numărul 1:



Graficul nr. 1. Limita zonei de distrugere a țesutului.

#### 1.7.1. Efectele căldurii

Căldura aplicată asupra corpului uman, conduce la:

- afectări ale țesutului directe care produc imediat leziuni minimale, reversibile, până la ireversibile
- afectări tisulare indirecte, secundare răspunsurilor inflamatorii locale, lezări ale sistemului capilar și modificarea indicilor hemodinamici.

*Efectul circulator.* În contact cu căldura, se determină inițial o creștere treptată a temperaturii tisulare, ce se propagă din ce în ce mai profund. Această temperatură atinge maximum, și apoi se menține în platou (vezi grafic) modificând astfel permeabilitatea capilară. Un experiment arată că imersia în apă caldă a mâinilor la 38 – 40 °C, provoacă un eritem tegumentar, pe când prelungirea imersiei în 44 – 45 °C provoacă flictene mici, exprimând astfel pragul la care apar tulburări de permeabilitate, apoi aportul de sânge scade, urmând hipoxia, care afectează în principal Sistemul Nervos Central (peste 10 minute privare de oxigen, rezultă leziuni ireversibile), apoi mușchi, piele.

*Efecte metabolice.* Scăzându-se volumul sângelui circulant, după afectarea calităților vasului de sânge, organismul realizează reacții compensatorii, determinând secreții hormonale, care vor face vasoconstricție, dar accentuează hipoxia și favorizează metabolismul anaerob, cu producere de toxine, care se pot disemina în organism.

*Efecte respiratorii.* Afectarea căilor aeriene superioare, determină edem, și astfel nu se permite oxigenarea suficientă; victima va face dispnee (tulburări de respirație).

## INTOXICAȚII

**Definiție:**

Intoxicația reprezintă rezultatul introducerii sau acumulării în organism a unor substanțe toxice.

### 2. Intoxicația cu monoxid de carbon. Particularități.

Monoxidul de carbon penetrează rapid sângele pe cale inhalatorie, combinându-se cu hemoglobina (Hb) față de care are o afinitate de 230-270 de ori mai mare decât oxigenul (O<sub>2</sub>). Se blochează funcția hemoglobinei de transportor al O<sub>2</sub> la țesuturi provocând hipoxia celulară, sistemul nervos este cel mai vulnerabil, la peste 10 minute de hipoxie provocându-se leziuni ireversibile, dar și aparatul cardio-vascular suferă în urma oxigenării necorespunzătoare.

Eliminarea CO se face exclusiv pulmonar, timpul de înjumătățire al carboxihemoglobinei (COHb) fiind de 3 - 4 ore în aerul din cameră și 30 - 40 de minute cu administrare de oxigen 100%. CO afectează mai întâi Sistemul Nervos Central (SNC) și inima, iar în cazul unei afecțiuni cardiace preexistente și a unei intoxicații cu CO de 20% se produce moarte imediată. Sechelele sunt de diverse tipuri, astfel cele neuronale sunt reprezentate de pierderea vederii, demență, dezorientare temporo-spațială, pierdere de memorie, defecte de concentrare, afectările la nivelul trunchiului cerebral determină tulburări auditive și vestibulare manifestate prin greață, vomă, vertij, pe piele apar leziuni buloase iar buzele și mucoasele vor avea o colorație roșu-vișinie.

#### 2.1. Intoxicația cu cianuri și cianogeni. Caracteristici

Sunt intoxicații letale, rapide, pătrund pe cale inhalatorie sub formă de gaz, își fac efectul în câteva secunde, iar după câteva minute se produce decesul, expunerea de câteva ore la concentrații de 18 – 36 ppm provoacă cefalee iar o expunere de 100 ppm într-o oră duce la moarte.

În cazul în care gazul toxic este inhalat, simptomele apar după circa 30 de secunde: înroșire, cefalee, tahipnee, respirații zgomotoase, comă, convulsii, urmând moartea în 10 minute, dacă expunerea continuă.

SNC este cel mai sensibil la acest tip de intoxicații, dând reacții ca: amețelă, tahipnee, greață, vomă, senzație de constricție laringiană, sufocare, confuzie, agitație,

anxietate, urmate de depresia cardio-respiratorie cu bradipnee si bradicardie, hipotensiune arterială până la colaps.

## 2.2. Intoxicația cu hidrogen sulfurat (H<sub>2</sub>S).

H<sub>2</sub>S este un gaz incolor, cu miros caracteristic, mai greu decât aerul, foarte liposolubil - ceea ce îi dă aptitudinea să penetreze ușor membranele biologice. Hidrogenul sulfurat afectează cea mai mare parte a organelor si sistemelor, cele mai sensibile fiind cele care expun pe suprafața membrane mucoase si au mare nevoie de oxigen.

La concentrații mari, SNC este ținta principală, adăugându-se iritație oculară si respiratorie. Expunerea severă duce la pierderea cunoștinței, convulsii, dispnee, cianoza si hemoptizie, 50% din victime cedând înaintea ajungerii la spital. Afectările locale cu acest gaz produc iritații nazale, faringiale, bronșice, pulmonare. Sechelele există numai în cazul în care au fost expuneri mai mari de 30 de minute, și se traduc prin tulburări psihiatrice, halucinații, amnezie, tremor.

## 2.3. Intoxicația cu Plumb (Oxid de plumb – PbO)

Plumbul este recunoscut toxic încă dinaintea erei noastre, acest lucru evidențiindu-se prin faptul că, datorită utilizării lui industriale, a fost descoperit in structuri succesive in ghetarii Groenlandei. In 1780, 1 gram de gheață conținea 10 micrograme Pb, peste 200 ani cantitatea crescând de 20 de ori. O cantitate de 15 grame de Pb are efect letal asupra corpului uman.

La nivelul plămânului, se absoarbe 50-70% din doza inhalată, dacă particulele au mai puțin de 1 micrometru. Plumbul poate ajunge în organism și prin piele unde se absoarbe, sub formă de tetraetil- plumb, apoi în sânge, unde se depozitează, sau se fixează în țesuturi moi si mai ales in oase, unde timpul de înjumătățire este de 20-30 de ani. Eliminarea se face prin excreție 75%, fanere(mucoase, păr),transpirație.

În funcție de nivelul localizării în organism, intoxicația cu plumb provoacă: durere abdominală intensă, constipație, slăbiciune (anemie in doze mari, in general hemolitică prin blocarea biosintezei hem-ului); pe SN periferic dă afecțiuni motorii, un semn caracteristic fiind căderea pumnului.

## 2.4. Intoxicațiile cu medicamente

Apar în două circumstanțe: accidental mai ales la vârstele extreme și voluntar cel mai frecvent fiind intoxicații polimedimentoase.

Semne generale prezentate: agitație sau somnolență, tulbări de conștientă, poate exista o halenă specifică, dureri abdominale, vărsături, diaree.

Conduita de urmat: Protocolul de evaluare al nivelului de conștientă și al funcțiilor vitale (ABC) ale pacientului se respectă. Totdeauna se caută cutiile de medicamente, flacoane, folii din jurul pacientului și ele vor fi transportate împreună cu pacientul la spital. Dacă pacientul este conștient se poate tenta provocarea de vărsătură, iar în cazul victimei inconștiente se va transporta în poziția laterală de siguranță.

## 2.5. Intoxicația cu substanțe caustice

În grupul substanțelor caustice sunt cuprinse o serie de acizi (azotic, clorhidric, sulfuric, etc.) sau baze puternice (amoniac), sau mai slabe (amoniu), care pot produce în raport cu natura lor și gradul de toxicitate leziuni ale mucoaselor de la simplul eritem la necroză.

**Manifestări clinice (dupa ingestie):** constau din senzația de arsură a mucoasei bucale, dureri la înghițire, vărsături mucoase apoi sangvinolente, colici abdominale, dureri retrosternale. Starea de șoc se poate instala foarte rapid, chiar la câteva ore după ingestie.

**Conduita de urmat:**

Protecția personală este deosebit de importantă. Evaluarea nivelului de conștiență și a funcțiilor vitale (ABC). În cazul stopului cardio respirator la efectuarea ventilațiilor gură la gură se evită contactul direct dintre gura salvatorului și gura pacientului. Se poate folosi o bucată de tifon sau batista salvatorului. Este interzisă provocarea de vărsături și neutralizarea substanței corozive. Exemplu: în cazul intoxicației cu acizi nu se administrează lapte sau uleiuri.

## 2.6. Intoxicația cu fum

Deseori integrate într-un tablou asociat cu arsuri și traumatisme, intoxicația cu fum de incendiu este cauza cea mai frecventă de mortalitate și morbiditate a victimelor de incendiu.

**Manifestări clinice:** cefalee, agitație, tulburări de conștiență, depozite de funingine la nivelul orificiilor nazale, a gurii și a faringelui, tuse, dispnee, voce răgușită.

**Conduita de urmat:** Protecția personală este deosebit de importantă. Evaluarea nivelului de conștiență și a funcțiilor vitale (ABC), după ce victima a fost scoasă din mediul toxic. Transportul cât mai urgent la spital cu administrare de oxigen ,precoce, în concentrații crescute. Pacienții inconștienți se transportă în poziția laterală de siguranță.

## Concluzii

Intervențiile pentru salvare în situații de urgență acoperă o plajă foarte mare de activități, printre care am putea aminti: intervenția la incendii, la calamități naturale (inundații, alunecări de teren, cutremure), la urgențe medicale, la diferite accidente în diverse domenii de activitate (accidente rutiere, aviatice, tehnologice, chimice, biologice, nucleare etc). Pe parcursul unei intervenții, salvatorii pot deasemenea cădea victime, iar în acest caz, mai ales ei trebuie să țină cont de aceste posibile riscuri. Bineînțeles, costumul de protecție anticaloric sau alte tipuri de costume de protecție pot anula o parte din temperatura ce se emană la un incendiu, însă nu are efecte tot atât de bune în cazul unei explozii, sau al unui accident nuclear, unde avem fenomenul de iradiere. Rezultă așadar că echipamentele de protecție trebuie să fie bine alese, în funcție de caracteristicile fiecărei intervenții. De asemenea un salvator nu poate interveni într-un incendiu, de pildă, fără aparat individual de

respirat, deoarece gazele fierbinți, fumul, și produșii toxici ai arderii îi pot pune viața în pericol.

Diversele complicații medicale trebuie să fie deci foarte bine cunoscute mai ales de către salvatori, datorită faptului că ei sunt cei care intră primii în contact cu acestea atunci când ele se manifestă în mod violent, în cadrul unei situații de urgență, fie ca afecțiuni sau vătămări asupra victimelor ce trebuiesc salvate, dar și ca riscuri la care se supun permanent.

## BIBLIOGRAFIE

7. Andronescu Ghica Șerban, Drăghici Ioan (1983), Primul ajutor în accidentele rutiere, Editura Medicală, București.
8. Năstoiu Ioan (1989), ABC-ul primului ajutor, Editura CERES, București.
9. Asociația Medicală Americană (1997), Primul ajutor în urgențele medicale, Editura LIDER, București.
10. Firică Andrei (1979), Primul ajutor în traumatisme, Editura Medicală, București.
11. Elena Adăscăliței, Ștefan Anghel (1981), Manualul Surorilor de Cruce Roșie, Editura Medicală, București.
12. Raed Arafat, Vass Hajnal (2005), Echipamente și tehnici de utilizare în prim-ajutor, Editura Ministerului de interne, București.
13. Mircea Chiorean, Șerban Rădulescu, Raed Arafat (1995), Ghid practic de medicină de urgență prespitalicească, Editura LIBRA, București.
14. Meister Hannes, Metschutyer Dagmar, Schindler Gerhard (1995), Erste Hilfe, AUVA.
15. Bejan, L, Gornic, Gh (1981), Primul ajutor la locul accidentului și în timpul transportului, Editura Falca, Timișoara.

## NEVOIA DE EDUCAȚIE, APARTENENȚĂ ȘI IUBIRE

ZORICA TRIFF psiholog, asistent universitar  
Universitatea de Vest "Vasile Goldiș" Arad,  
filiala Baia Mare

ROMEO CRISTIAN MOROȘANU psiholog

Cunoașterea comportamentului uman este fascinantă și în același timp ne permite să aflăm mai multe despre semenii noștri. Dar și mai fascinant și util este să putem influența comportamentul uman, prin educație, într-o direcție corectă. Fiecare individ uman este unic, iar dezideratul de care părintele și mai apoi dascălul încearcă să se apropie este de a crea personalității perfectibile și autoperfectibile, situate în zona superioară a umanului. Prin educație ne propunem formarea unui om cu o personalitate care să-i permită o integrare rapidă și facilă în ansamblul solicitărilor vieții.

Educația nu se poate realiza empiric pe bază de improvizații spontane. Pentru a forma omul este necesar ca, mai întâi, să-l cunoaștem. Iubirea față de semenii și dorința de cunoaștere a fost dintotdeauna zestrea cea mai de preț a omului. Din nevoia de cunoaștere omul a creat, iar în propria creație a investit iubire. Termenul „nevoie” definește trebuința umană fundamentală, care dacă nu este satisfăcută poate produce neplăceri persoanei și împiedică dezvoltarea și participarea socială deplină a acesteia. Nevoile de bază includ două elemente :

- o primă componentă o constituie asigurarea unui minim necesar pentru o familie în vederea consumului privat: hrană, adăpost, îmbrăcăminte adecvată.

- o a doua componentă o reprezintă serviciile esențiale furnizate de și prin comunitate: apă potabilă, sănătate publică, transport public, educație și facilități culturale.

După ce nevoile de bază, hrana, apa, adăpostul, îmbrăcăminte sunt asigurate, pentru dezvoltarea optimă a personalității, copilul are nevoie de iubire, securitate și protecție.

Aceste nevoi sunt asigurate în primul rând de familia din care face parte. Satisfacerea nevoii de apartenență și iubire este esențială în dezvoltarea personalității. Fără satisfacerea acestor nevoi copilul nu poate să dezvolte o personalitate pozitivă, nu poate deveni un adult responsabil, ușor integrat în societate. Nevoia de dragoste și securitate a copilului este împlinită în relații calde și afectuoase ce se formează imediat după naștere. Prin aceste relații – inițial cu mama și treptat cu un cerc tot mai mare de persoane, copilul își conturează identitatea. În dragostea părinților, copilul este acceptat și valorizat necondiționat. Nevoia de securitate se împlinește prin stabilirea relațiilor familiale, prin atitudini și comportamente constante și predictibile din partea părinților iar securitatea este oferită de un spațiu sigur și figuri familiale, precum și de o rutină bine cunoscută.

Familia este definită ca un grup, având la bază căsătoria, alcătuit din soț, soție și copii născuți în acest cadru, pe care îi unesc drepturi și obligații morale, juridice, economice și sociale.

Cei doi parteneri au obligații și aspirații comune și se ocupă de creșterea și educarea copiilor, cărora le asigură nu numai existența materială, ci și un climat favorabil educativ, afectiv și moral.

Familia este mai mult decât suma membrilor ei, deoarece se bazează pe relații de comunicare și pe interacțiune. Interacțiunile familiale influențează fiecare individ, influența resimțindu-se în comportamentul acestora de mai târziu. Dacă proprietățile emoționale și afective ale familiei sunt greu de codificat, proprietățile comportamentale ale interacțiunilor familiale sunt observabile și măsurabile. Datorită responsabilității zilnice a interacțiunilor dintre membrii săi, familia exercită o influență puternică asupra dezvoltării și comportamentului copilului, după cum acesta influențează la rândul său, familia.

Într-o familie în care domnește o atmosferă de respect, dragoste, stimă reciprocă, iar membrii ei se declară satisfăcuți de rezultatele interacțiunilor, copilul ocupă un loc central și toate aceste manifestări asigură stabilitate. Apariția copilului este privită invariabil ca un eveniment cu semnificație pozitivă și brusc, relația bidirecțională dintre soți devine tridirecțională.

Părintele crucial al copilului este mama deoarece relația mamă-copil domină viața acestuia în perioada maximei dependențe, dar în generarea atmosferei familiale, intervin ambii părinți.

Familiiile dezorganizate au în mod caracteristic un tipar de comunicare afectat, iar echilibrul familiei este sever tulburat de existența conflictelor. Alianțele dintre membrii familiei, ca și ostilitatea lor au un rol deosebit în direcționarea comunicării. Sunt situații în care din diferite motive survin neînțelegeri, reproșuri, tensiuni. În aceste condiții interacțiunile părinți-copii au mult de suferit. Afectarea emoțională a copiilor este puternică, conflictul familial aduce suferință, mai ales copiilor vulnerabili la stres, al căror temperament este intolerant la frustrare.

Nevoia de apreciere și recunoaștere a meritelor este proprie fiecărui individ, dar fiecare „pretinde” aceste drepturi urmând un tipar propriu. Atât nevoile sufletești, cât și vulnerabilitatea sunt variabile de la o persoană la alta. Un lucru însă este cert: atmosfera familială influențează foarte mult dezvoltarea armonioasă a copilului. Familia poate influența copilul pe multiple căi, iar rezultatele disfuncției familiale se situează undeva între cei doi poli: hiperprotecție sau neglijare.

Funcțiile familiei se schimbă în timp, cu toate acestea, două funcții generale ale familiei rămân de actualitate, indiferent de timp și loc, de civilizație sau istorie:

1. asigurarea confortului prin satisfacerea nevoilor tuturor membrilor familiei

2. creșterea noilor generații.

Cadrul dezvoltării copilului în familie este conturat de modul în care sunt realizate funcțiile parentale. De gradul de îndeplinire a funcțiilor parentale depinde măsura în care familia devine un cadru mai mult sau mai puțin propice dezvoltării copilului.

Există șapte funcții de bază ale părinților, care sunt strâns legate una de cealaltă și se pot întrepătrunde până la un anumit grad:

- abilitatea de percepere a copilului în mod realist;
- abilitatea de a accepta că este responsabilitatea părinților să satisfacă nevoile copilului și nu invers;
- abilitatea așteptărilor realiste privind colaborarea copilului;
- abilitatea de a se angaja pozitiv în interacțiunea cu copilul;
- abilitatea de a avea o relație permanentă și empatică cu copilul;
- abilitatea de a da prioritate satisfacerii nevoilor copilului;
- abilitatea de a-și stăpâni propria durere și frustrare în condiții dificile, fără a o răsfrânge asupra copilului. Calea stabilirii unor relații de familie sănătoase se bazează pe reguli, norme, principii, acceptate în primul rând de către cei doi parteneri și mai apoi de societate.

Interacțiunea socială dă formă personalității, iar reacțiile celor dragi ne oferă informații despre efectul acțiunilor noastre. Uneori ne modificăm comportamentul în funcție de expectanțele celor pe care-i prețuim și astfel avem sentimentul realizării. Formarea personalității umane este un proces complex iar în creația cea mai de preț a omului „copilul” părintele și mai târziu dascălul investesc permanent timp, experiență, sentimente.

Putem concluziona fără teama de a greși că rolurile esențiale în formarea armonioasă a copilului revin în primul rând familiei și apoi școlii.

Nici vorbe vii, cuvântul scris ori tonul,  
Nu pot să-nvețe-o minte tânără ce-i omul,  
Nici toate cărțile din rafturile pline,  
Ci doar părintele și dascălul prin sine.

#### BIBLIOGRAFIE

- Cajal, M. ( 1975 ) *Educarea copilului în familie*, Editura medicală, București
- Munteanu, A. (1998). *Psihologia copilului și adolescentului*, Editura de Vest, Timișoara.
- Pascal, M. (2001). *Arta de a fi mereu împreună*, Editura Axei Springer, București.
- Turliuc, N.M. (2004), *Cuplul, căsătoria și familia, Definiții și delimitări conceptuale*, Editura Performantica, Iași.

# COMPONENTE FUNCȚIONALE ȘI DE INTERFAȚĂ

Dr. Dorin TRIFF, medic primar Medicina Muncii,  
Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opreș", Baia Mare

## INTRODUCERE

Accesarea rapidă a informațiilor medicale, urmărirea lor în timp în cadrul și între diferitele episoade de îngrijire ale unui lucrător la o anumită unitate sau prin urmărirea rutei profesionale a acestuia, între diferitele specialități și particularizând în primul rând între medicul de familie și cel de medicina muncii, nu se poate realiza eficient prin utilizarea ca suport a hârtiei.

Legislația românească prevede utilizarea pentru datele medicale a suportului de hârtie, fără a interzice utilizarea în acest scop a suportului electronic.

Compoziția dosarului medical în medicina muncii prevăzută de legislație și cerințele privitoare la certificarea Dosarului Electronic de Sănătate din țări în care utilizarea suportului electronic pentru datele medicale este avansată, au condus la structurarea unui model al Dosarului Electronic de Sănătate al lucrătorului. Dintre criteriile funcționale de evaluarea a calității Dosarului Electronic de Sănătate din Statele Unite și din Uniunea Europeană respectiv prin [Certification Commission for Healthcare Information Technology](#) și European Institute for Health Record reținem câteva: - Managementul medicației

- Evaluarea stării de sănătate și documentarea diagnosticului
- Planificarea și partajarea îngrijirilor medicale
- Documentarea rezultatelor, Securitate, Servicii demografice, Alerte, notificări și aduceri aminte

- Aspectele medico legale, înregistrarea părții responsabile pentru fiecare element al episod de îngrijire.

- Partajarea accesului între utilizatorii specifici: medic, lucrător, angajator, furnizor/asigurator

- Terminologia clinică, prin utilizarea sistemelor de codificare și standardizare: ICD 10, ICPC, CAEN, COR etc.

Dosarul medical prin care se asigură supravegherea sănătății lucrătorilor este structurat în două secțiuni principale care corespund și celor două tipuri de informații deținute de acest dosar :

- date nemedicale: generale, referitoare la unitatea socio economică și particularizate, pentru locurile de muncă din unitatea respectivă

- date medicale cuprinse în dosarul medical propriu zis

## REZULTATE ȘI DISCUȚII

Pornind de la aceste cerințe s-a realizat în anul 2009 un pachet software denumit Medmun, afișat pentru download de la începutul anului 2010, în vederea evaluării libere, la adresa de web: [www.arhimedes.ro/medmun](http://www.arhimedes.ro/medmun). Această aplicație necesită conexiunea la internet doar în vederea descărcării, din motive de securizare a datelor medicale și pornind de la temerea majorității medicilor de medicina muncii privind securitatea datelor medicale, ulterior descărcării, conexiunea la internet nemaifiind necesară. Părerile utilizatorilor s-au putut posta pe adresa de web [www.arhimedes.ro/forum](http://www.arhimedes.ro/forum). Componentele de interfață și cele de funcționalitate prezentate, departe de a reprezenta un model de structură, reprezintă în primul rând unul de funcționalitate necesară oricărui Dosar Electronic de Sănătate.

## COMPONENTELE DE INTERFAȚĂ

Interfata aplicatiei (Fig.1) prezintă în bara de sus 6 mari grupe de opțiuni

Definiții

Documente

Statistici

Nomenclatoare

Utilitare

Ajutor



Fig1. Sectiunile principale ale aplicatie

Fig1. The main sections of the application

- A. **Sectiunea Definiții** are structurate următoarele opțiuni pornind de la necesitatea definirii fiecăruia dintre responsabilii episoadelor de îngrijire medicală: medic, unitate socio economică, pacientul-lucrător. Opțional aplicația este prevăzută cu două tipuri de intervale de lucru: perioada și exercitiul.

**Exercițiul:** perioada exercițiului cu care încep să fie introduse datele (aceasta va fi introdusă sau modificată doar la crearea unei unități noi, ea incrementându-se automat la închiderea unui exercițiu). Ulterior finalizării duratei exercițiului acesta se arhivează fără posibilitatea de revenire și modificare a datelor introduse la finalizarea acestuia. Deși pentru medici nu reprezintă o facilitate, din punct de vedere al cerințelor legale privind corectitudinea înregistrărilor, este un element de absolută necesitate. Dacă se va alege o perioadă de lucru dintr-un exercițiu închis (arhivat), aplicația nu va permite introducerea, modificarea sau eliminarea documentelor pe această perioadă. Pentru a vizualiza rapoarte din exerciții închise nu este necesară modificarea perioadei de lucru, perioada raportului putând fi modificată direct din ecranul de generare a raportului. Unitatea medicală prestatoare și unitățile beneficiare ale serviciilor de medicina muncii sunt definite în această secțiune prin datele de identificare fiscală, localizare, domeniu de activitate prin utilizarea codificării CAEN, reprezentantul legal iar pentru unitatea medicală și medicul de medicina muncii prestator. Ulterior definirii datele generale ale angajatorului se vor completa cu definirea posturilor de lucru (Fig 2) și apoi a pacienților sau lucrătorilor acestei unități.

Ordinea de lucru pentru introducerea datelor este unități-posturi-pacienți: în primul rând trebuie definită unitatea, apoi postul sau posturile din cadrul unității și numai ulterior se vor putea introduce date ale pacienților. Pozițiile forțate, vicioase, gesturile profesionale permit memorarea de tip text liber, suprasolicitările osteomusculoarticulare, vizuale, auditive, stress, manipularea manuală a maselor, deasemenea permit alegerea prin încadrarea lor în suprasolicitare-câmp bifat sau absența ei-câmp debifat. Riscurile sunt considerate ca fiind cele de accidentare, pemițând alegerea lor prin bifare. Pentru cele care nu se regăsesc la câmpurile predefinite, se pot menționa și alte riscuri în formatul textului liber. Operațiile efectuate de lucrător permit descrierea prin text liber. Agenții chimici se aleg dintr-o listă prin selecționare. Această listă este legal prevăzută în Hotărârea de Guvern nr. 1218 din 06/09/2006. S-a preferat această variantă pentru a permite prelucrări statistice comparabile și interoperabilitate în timp. Pentru pulberi, se poate menționa denumirea pulberii prin câmpul de tip text cu bifa corespunzătoare dacă este depășită valoarea maximă admisă. Același mod de memorare a datelor e folosit la câmpurile "Temperatura aerului", "Presiunea aerului", "Umiditate", "Tipul" - de radiații neionizante. Iluminatul locului demuncă poate fi artificial, natural, mixt cu mențiunea "suficient" sau "insuficient"

Fig 2 Componentele din definirea postului de lucru

Bifarea sau debifarea prin clic pe butonul “Descriere” din dreapta jos permite vizualizarea în document de tip text a tuturor caracteristicilor respective ale postului. Acestea permit prelucrări specifice pentru text. Agenții biologici ai locului de muncă pot fi aleși din nomenclatorul acestora, prevăzut legal: Hotărârea nr. 1092 din 16/08/2006 privind protecția lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenți biologici în muncă. Introducerea unui pacient solicită numele, Codul numeric personal și unitatea angajatoare.

B. Secțiunea „Documente” are 2 subgrupe:

[Registru consultatii](#)

[Programare](#)

**Registru consultatii.** Acest registru este specific pentru fiecare unitate medicală definită, cabinet medical sau punct de lucru autorizat al unei societăți medicale sau comerciale prestatoare de servicii medicale.

Fig 3. Registrul de consultații

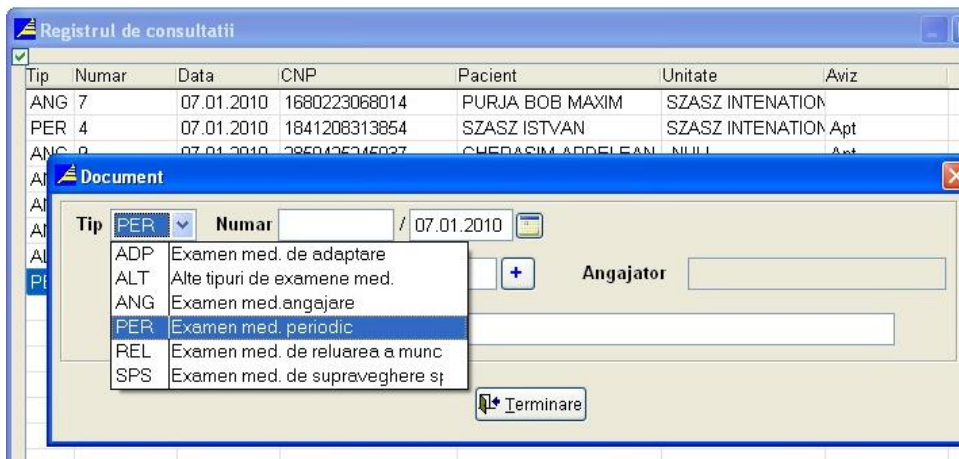
Accesarea câmpului consultație conduce la dosarul medical propriu zis. Datele de identificare ale pacientului au o funcționalitate suplimentară: permit schimbarea etichetelor, prin clic dreapta pe oricare din câmpurile datelor de identificare ale pacientului, în cadrul consultațiilor se poate schimba denumirea câmpului. Această funcționalitate devine foarte importantă în contextul unor schimbări legislative sau de adaptare la conținutul altor tipuri de dosare în vederea interoperabilității și a schimbului de date în format electronic, între dosare.

Anamneza urmărește câmpurile de date conținute de dosarul medical având ca suport hârtia:

Pentru “Accidente de muncă” se introduc datele referitoare la anul evenimentului, Leziuni, Localizare, Denumire clasificate după formularul FIAM și respectiv clasificarea aceluiași eveniment și din punct de vedere al ICD 10.

Este definit tipul de examen medical efectuat: angajare, de adaptare, periodic, la reluarea muncii, de supraveghere specială, alte tipuri:

Fig 4. Tipul de examen medical



Antecedentele patologice sunt înregistrate în principal după anul apariției, denumirea sub forma textului liber, clasificarea după ICD 10 a afecțiunii. Rubrica “Concedii medicale” permite înregistrarea, dacă este vorba de controlul medical periodic și nu de angajare, a datelor referitoare la concediile medicale, inclusiv a clasificării după CIM și ICD 10, a codului de indemnizație. În plus față de rubricile din HG 55/2007 sunt prevăzute rubrici pentru alergii cunoscute, tratamentele efectuate cu codificările ATC a medicației și a procedurilor asociate.

Câmpul “Simptome” permite clasificarea acestora după nomenclatorul ICPC2.

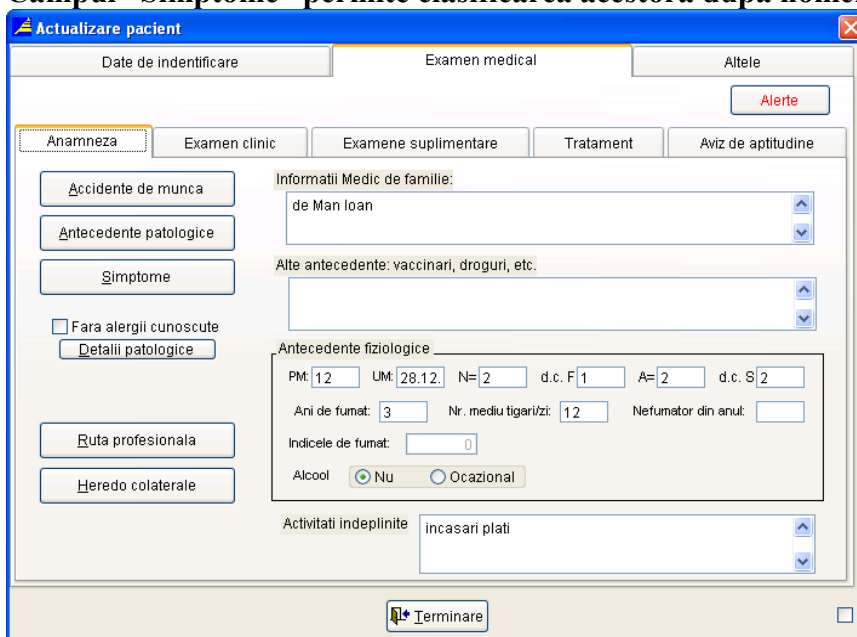


Fig 5. interfața în cadrul anamnezei

La examenul clinic, pentru ușurarea muncii, bifarea unei rubrici implică relații normale, debifarea ei afișează câmpurile respective pentru completare. La accesarea rubricii “Examen medical”, pentru ușurința utilizatorului, acestea sunt bifate. Acolo unde constată aspecte patologice, medicul le consemnează în format tip text prin debifarea rubricii respective.

Fig. 6 interfața în cadrul examenului medical

**Actualizare pacient**

Date de indentificare      Examen medical      Altele

**Alerte**

Anamneza      **Examen clinic**      Examen suplimentare      Tratament      Aviz de aptitudine

1. tegumente si mucoase : normal colorate     

2. tesut celular subcutanat: normal reprezentat     

3. sistem nodular limfatic : relatii normale     

4. aparat locomotor: relatii normale     

5. aparat respirator: normal     

6. aparat cardiovascular : normal     

pedioase-relatii normale     

varice-relatii normale     

7. aparat digestiv: relatii normale     

8. aparat urogenital: relatii normale     

9. SNC, analizatori     

Vedere cromatica : normala     

Vedere in relief: normala     

Voce tare : normala     

Voce soprita: normala     

10. Sistem endocrin: relatii normale     

**Concluzii examen clinic**

**Sanatos clinic in momentul examinarii**

TA: 140 / 0 AV: 100

Inaltime: 160 Greutate: 90

IMC: 35

	OS		OD	
Fara corectie optica	De aproape	3 / 4	2 / 5	
	La distanta	1 / 1	1 / 1	
Cu corectie optica	De aproape	1 / 1	1 / 1	
	La distanta	0 / 0	0 / 0	

**Rubrica “Examen suplimentare” prezintă mai multe grupe de investigații:**

-“Examen paraclinice si de laborator”, “Examen de specialitate”, “Alte investigatii”, “Audiometrie”, “Probe ventilatorii”, “Examen particulare de medicina muncii”, Examen paraclinice și de laborator”.

Prin clic pe butonul “Laborator” se activează fereastra “Paraclinice” care conține toate investigațiile toxicologice prevăzute de HG 355/2007. În plus se pot adăuga și alte tpuri de investigații. Pentru consultul de specialitate, se selectează specialitatea prin butonul de jos “Specialist” care va afișa nomenclatorul specialităților medicale, diagnosticul dat de către acesta și codul atașat conform ICD 10, ca și recomandările făcute de către specialist-”Recomandari”- sub forma de text liber. Butonul “Investigatii” aduce fereastra cu același nume de unde se selectează denumirea investigației efectuate. Fereastra conține toate investigațiile prevăzute de HG 355/2007. Câmpul “Text” permite adnotări libere. În plus este prevăzută profesiograma, manipularea manuală a maselor, probele funcționale cardiovasculare ca și menționarea oricăror alte tipuri de metode necuprinse în aceste rubrici sub forma de text liber. Sunt activate alerte referitoare la tratament, dacă la anamneza de exemplu a fost mentionata prezenta alergiilor, la rubrica tratament apare textul”vezi “Alergii”. La aceasta secțiune este prevăzut un modul de “Programari” ale consultatiilor pe zile, durata, ora, pacient sau firme.

C. Secțiunea “Statistici” permite afișarea și listarea, în baza datelor introduse, a următoarelor :

[Fișa factorilor de risc](#)- în funcție de unitatea și postul de lucru din cadrul acestei

[Dosar medical](#)-în intregime sau parțial,

Se mai pot lista formulare pentru: bilete de trimitere, fișa de semnalizare BP1, fișa de aptitudine, scrisoare medicală, rețeta medicală

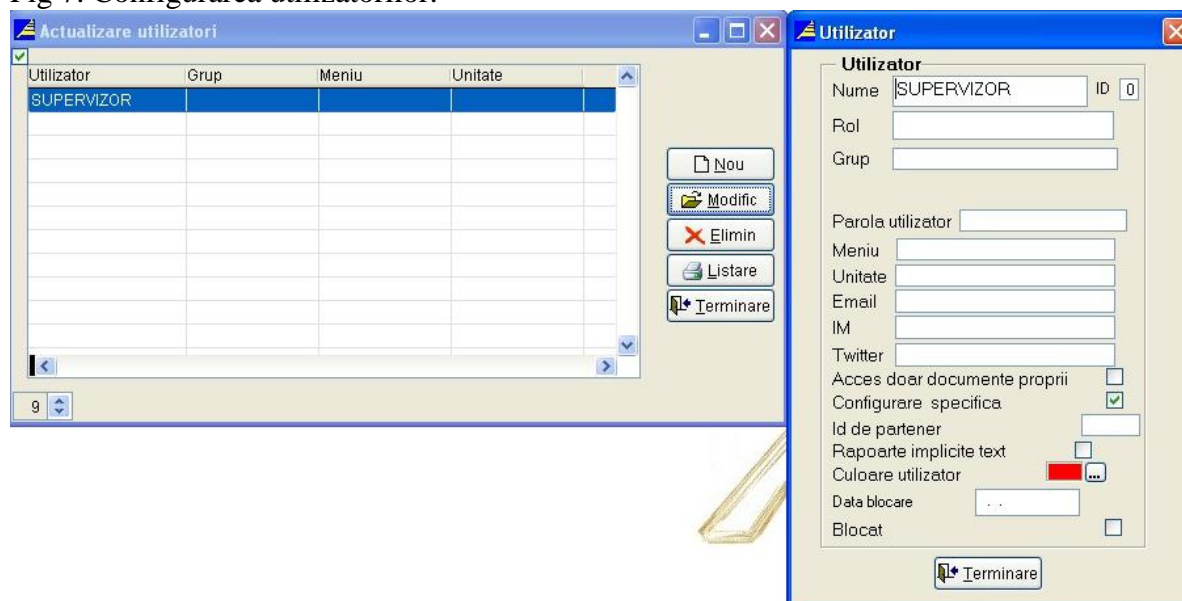
[Unități](#) permite listarea în funcție de unitatea aleasă și a intervalului de lucru, a rapoartelor către: angajator, asigurator sau plătitor, Direcția de Sănătate Publică, general, angajator cu controlul medical, nominal. Dacă angajatorul furnizează numărul mediu de salariați din intervalul de raportare, atunci la statistica morbidității cu incapacitate temporară de muncă va apare frecvența și gravitatea mrbidității, în caz contrar se va afișa numărul de certificate medicale inițiale respectiv durata concediilor medicale din intervalul respectiv

D. Secțiunea “Nomenclatoare” permite listarea principalelor nomenclatoare utilizate:

[Clasificarea ATC a medicatiei](#), [Clasificarea ocupatiilor](#), [CIM 999](#), [ICD10](#), [ICPC2](#), [Codurile CAEN](#), [Proceduri](#), [Examinari](#), [Agenti biologici](#), [Agenti chimici](#), [Tip societati](#)

E. Secțiunea “Utilitare” permite definirea de “supervizor”, “utilizator” sau “oaspete” a celui ce accesează aplicația cu drepturi totale de configurare, pentru supervizor, până la dreptul doar de a vizualiza datele pentru “Oaspete”.

Fig 7. Configurarea utilizatorilor.



## CONCLUZII

Modelul de Fișă electronică a lucrătorului, structurată inițial pe utilizarea în absența conexiunii la internet, prin posibilitatea efectuării de rapoarte în browser, a conectării și a funcționalităților integrate în vederea utilizării ulterioare a internetului reprezintă de fapt, în sensul restrâns al definiției, un Dosar Electronic de Sănătate. În acest sens vin și utilizarea codificărilor pentru o mai bună interoperabilitate, a integrării unui modul de rapoarte expert care permit raportări diferite în funcție de interogări predefinite din baza de date, a posibilității realizării de extrase de dosar în format XML. În sens deplin, funcționarea ca un veritabil Dosar Electronic de Sănătate necesită raportarea la toți actorii din domeniul îngrijirilor de sănătate.

Ori, devreme ce în prezent nici măcar Sistemul Unic Integrat de raportare din cadrul asigurărilor de sănătate nu se ridică la cerințele realizării funcționalităților Dosarului Electronic de Sănătate, pentru a nu mai vorbi de lipsa suportului legislativ adecvat, realizarea unui Dosar Electronic de Sănătate aplicabil la nivel național în domeniul medicinei muncii, rămâne un deziderat.

## LOCUM TENENS

### Personaj frecvent în anestezia britanică

Emil Cardan  
Southampton UK

De proveniență latină, termenul de mai sus (folosit prescurtat doar *locum*) înseamnă în traducere liberă „înlocuitor”. Simplu ca detaliu lingvistic, acesta are drept corespondent pe piața muncii un real concept, cu tot ce poate presupune administrativ, financiar și profesional.

Spitalele și, în cadrul lor, serviciile ATI în particular recurg la modalitatea locum de lucru poate mai mult decât în orice alt sector de activitate. Rațiunile sunt multiple; unele

derivând din natura prestației pe care o reprezintă practica ATI și altele de ordin general, facilitând apelul la mâna ocazională de lucru.

Pe de o parte:

- Actul anestezic este executat exclusiv de cadre medicale
- Nu se accepta un anestezist la două săli și nici măcar la două mese de operație în aceeași sală

- În cursul oricărei anestezii, în instituție trebuie să fie fizic la îndemână o persoană cu competență profesională deplină

- Paleta de intervenții chirurgicale și alte acte medicale ce se execută sub anestezie, mai ales generală, este foarte largă, luxuriantă chiar; largă, de maniera că riscul anestezic poate întrece pe cel al tehnicii pe care anestezia e chemată s-o facă mai acceptabilă, după cum sunt cazuri în care se recurge la anestezie generală pentru executarea unei...anestezii regionale.

- Echipele de gardă sunt generos dimensionate în ceea ce privește numărul de membri.

- Așa stând lucrurile, se înțelege că schema de personal medical (și nu numai) e relativ stufoasă: la o populație de numai trei ori mai numeroasă ca a noastră totalul de cadre medicale încadrate în sectorul ATI este de aproximativ zece ori mai mare.

Pe de altă parte:

- Britanicilor le sunt străine noțiunile de muncă voluntară și patriotică

- Nu se programează nici o activitate fără ca aceasta să aibă suportul financiar necesar operațional

- Concedii consacrate – de odihnă, de boală, de graviditate și fără plată – se iau, toate, cu înlocuirea fizică a celui ce lipsește.

Circumscriind problema, orice activitate medicală care nu are suportul uman cerut de standardele (ridicate) în uz se amână și se reprogamează, cu tot ceea ce asta înseamnă pentru individul și familia în cauză dar și pentru imaginea instituției și sistemului. Singura soluție este suplimentul de forță de muncă și, în felul acesta, iată problema devenită detaliu de piață de muncă. Cum oamenii locului sunt credincioși principiului „nici plată fără muncă dar nici muncă fără plată”, rezultă că înlocuirea devine soluția unică de rezolvare.

Cum se face asta? Nici pe prietenie, nici la mica înțelegere ci „cu forme în regulă” exclusiv de către instituții specializate și supuse controlului unui for de reglementare. Acestea, cunoscute generic ca agenții, au fiecare un număr de colaboratori ale căror detalii personale, profesionale și preferințe de lucru formează banca lor de date. Meștesugul agențiilor este de a potrivi valențele de lucru ale membrilor lor cu cerințele spitalului solicitant.

E de la sine înțeles că cei ce-și oferă serviciile acestor agenții trebuie să satisfacă întreaga serie de criterii naționale în materie de calificare și, poate mai mult decât în alte sfere de prestație medicală, trebuie să dispună de o asigurare de daune profesionale comprehensivă.

Lucratul în regim de *locum* nu duce lipsă de amatori având în vedere că, pe unitate de timp prestart efectiv, se bucură, la standardele salariale din sectorul de servicii publice, de o remunerare bună, mult mai bună decât a omologului cu contract stabil.

Câștigul acesta bun se diluează însă dacă luăm în considerare faptul ca se consumă mult timp colateral pentru călătorit, hotelizare și mâncatul în deplasare, cu acoperirea tuturor cheltuielilor inerente și afectarea componentei de confort a vieții de toate zilele. Se poate călători sute de kilometri și „consuma” o zi întregă la dus și una la întors pentru a acoperi o singură noapte de gardă.

Aspectele pecuniare nu sunt, evident, lipsite de interes dar mult mai important se dovedește stresul pe care îl presupune acest mercenariat sanitar; se „plonjează” la lucru într-un mediu necunoscut, cu o echipă necunoscută și având de a face cu bolnavi nu mai puțin necunoscuți. Este adevărat, standardele ce se practică fac posibilă funcționarea oricărei echipe, indiferent cât de heterogenă ar fi aceasta. La nivel de individ, însă, survine un semnificativ consum intrinsec, mai ales pentru cei implicați în acte decisionale. Că e așa o

adeverește proporția mare de incidente și accidente pe care lucrătorii locum le au și este motivul pentru care cotizația de asigurare este substanțială.

Modalitatea locum de lucru este, în general, una temporară la care se apelează fie ca tranziție între două posturi stabile fie ca mijloc suplimentar de câștig pe lângă un contract de bază. Instituțional, cel în cauză trebuie să corespundă tuturor percepțelor breslei la care aparține, iar la scară individuală reprezintă un important adaos la experiența de viață.

## MEDICINĂ ȘI CULTURĂ

DR. PETRU ULIAN

Dr. Felix Marian

S-a născut la 22 martie 1919 în comuna Averești (județul Vaslui). A urmat școala elementară și liceul la Huși apoi Facultatea de Medicină din Iași între 1938 – 1944. În urma unor examene a obținut specializările medicale principale: Stomatologie, Radiologie și Ftiziologie, precum și specializări secundare: Balneologie și Medicină Sportivă.

În perioada 1946 – 1947 a lucrat în cadrul Policlinicii Ministerului Învățământului și în continuare a condus Centrul de Cercetări Psiho – Medico – Pedagogice din București între 1947 – 1953. A lucrat la Dispensarul TBC Militari din Capitală în perioada 1948 – 1958 și la Dispensarul TBC din Calea Rahovei București între 1958 – 1969 ca medic specialist ftiziolog, a fost detașat temporar la Eforie Sud ca medic balneolog.

De la 1 noiembrie 1969 a fost transferat la Vișeu de Sus (Județul Maramureș), unde și-a desfășurat activitatea la Dispensarul TBC.

În acei ani mortalitatea în rândul populației din zonă, datorită tuberculozei, era foarte ridicată, astfel încât a început o adevărată luptă împotriva flagelului, reușind ca printr-o muncă asiduă să reducă efectele nocive ale acestuia.

A prezentat numeroase lucrări de specialitate în țară și străinătate. A realizat un film despre gimnastica medicală. A fost Evidențiat în munca medico-sanitară în anul 1964.

Din anul 1987 s-a stabilit în Germania. După 1990, an de an revine în țară, respectiv în Maramureș, cu predilecție în zona Vișeu – Borșa, locuri de care s-a legat sufletește pe toată viața. Participă la toate evenimentele culturale din acest colț de țară, în special la festivalurile folclorice, străbate văile, munții, satele, marcând cu aparatul de fotografiat, într-o selecție personală. totul.

A publicat între anii 2005 – 2009 mai multe cărți și albume despre Maramureș dintre care amintim: „Săpânța, cimitirul vesel unde morții povestesc” (2005) „Muzeul de Istorie și Etnografie Vișeu de Sus” - în colaborare (2005), „Sărbătoarea țipțerilor pe Valea Vaserului” - colaborare (2006), „Moștenirea folclorului maramureșean” (2007), „La poalele Carpaților Orientali. Popas în paradisul terestru din Maramureș”(2008), „Hora la Prislop. Tradiție și continuitate” (2008), „Creații populare maramureșene. Port, poezii, cântece și dansuri” (2009). „Maramureșul istoric în cumpăna dintre milenii” (2009).

Mai menționăm nuvelele: „Răzmeriță în Carpați” (2006) și „Hera îndrăgostită de Ciunca” (poveste adevărată) – în același an, ca și realizarea filmului artistic după romanul personal „Soarta Ilincăi” - 20 episoade pentru TV.

Dr. Petru Ulian este inițiatorul, sponsorul și susținătorul unui complex cultural cu scenă acoperită și amfiteatru în aer liber, amplasat pe Dealul Ștefăniței, la granița de intrare în județul Maramureș dinspre județul Bistrița Năsăud pe pasul Șetref. Este o scenă în aer liber unică în Europa, care poate și trebuie să devină piatra de hotar a folclorului maramureșan. Aici vor avea loc pe viitor manifestări folclorice și culturale intitulate sugestiv „Nedeile de la Șetref”, Dealul Ștefăniței.

Distinsul medic nonagenar, un intelectual de mare și rară modestie, un adevărat ambasador cultural al Maramureșului, își face datoria față de neamul românesc din care provine, așa cum știe și cum poate mai bine.

# DRUMETIE ÎN CĂUTAREA PARADISULUI TERESTRU

## VIȘEU DE SUS ȘI ÎMREJURIMI

*-fragment-*

*Pentru a cunoaște cu adevărat frumusețile Naturii, oameni și locuri diferite, trebuie să călătorești. Numai drumețind pe cărările de munte vei putea respira aer curat produs de pădurile ce acoperă munții.*

*Privind depărtările de pe înălțimile munților te vei putea bucura de minunatele peisaje din jur și vei fi încântat de fiecare răsărit și apus al soarelui cu cele mai frumoase nuanțe coloristice, din lumina care se revarsă peste văile și localitățile din jur. Chiar și atunci când norii fug peste munți și formează imagini care răscolind imaginația cu forme pitorești ori mitologice sunt momente care te impresionează. Prilejul de a cunoaște fauna și flora munților la locul unde se află este de asemenea de interes deosebit.*

*Vișeu de Sus înconjurat de munți, dealuri și văi cu pomi fructiferi, mai ales în terenurile din împrejurimi abundă peisaje de mare frumusețe.*

*În ceea ce privește îndemânarea multor localnici în artă și meșteșuguri, întreaga zonă abundă de creații renumite ca: biserici de lemn, troițe și porți sculptate, unelte de gospodărie care au o tradiție milenară. Cântecul și jocul popular, în care renumita înfrățire în ritmul specific horei, excelează.*

*Dacă veți cutreiera frumoasa zonă, veți fi pe deplin satisfăcut și veți afirma ca și mine că ceva din Paradisul terestru mai dăinuie încă aici.*

*Ascultă-mi sfatul și îndemnul de a drumeți în aceste minunate locuri care mai dăinuie încă din Paradisul terestru de odinioară.*

*Dacă vei veni și vei drumeți fără grabă, vei găsi frumuseți extraordinare și mai ales dacă vei reveni adesea, vei descoperi locuri neumblate și necunoscute de nimeni, care se află în acești munți ai Maramureșului.*

## ESTE OARE MEDICINA ALTERNATIVĂ O SOLUȚIE CORECTĂ?

Dr. Dragoș Valer  
Medic primar  
Baia Mare

**Cu toate progresele uriașe realizate în medicină și în industria farmaceutică, cu toate**

descoperirile științifice în aceste domenii, trebuie să recunoaștem cu sinceritate că medicina actuală (convențională, academică) cea de toate zilele nu poate asigura, până în prezent, vindecarea radicală a tuturor bolilor, prin medicamente sau proceduri chirurgicale.

Medicina actuală are limitele ei, limite peste care nu se poate trece înca. Ea a fost criticată de nenumărate ori pentru aceasta, pe drept sau pe nedrept. I s-a reproșat incapacitatea de a rezolva marile probleme ale patologiei umane, iar medicilor, cel puțin unora dintre ei, li s-au atribuit toate păcatele planetei. Uneori au fost zeificați, alteori au fost puși la stalpul infamiei. Dar medicii nu sunt nici demoni, nici zei. Sunt doar oameni, atât, și încă obligați deseori să se uite pe ei înșiși, cu propriile lor neliniști, cu propriile lor drame, și să dea altora urme de încredere și speranță.

Sunt destule situații, penibile chiar pentru medic, în care acesta trebuie să mărturisească familiei și bolnavului că știința medicală actuală nu dispune încă de soluții terapeutice pentru boala respectivă, în stadiul în care această boală a ajuns.

Dar pe bolnav, pe bună dreptate, nu-l consolează deloc această explicație.

Pentru un bolnav, ajuns la "capăt de drum" unde posibilitățile medicinei actuale se opresc, este firesc ca speranțele de vindecare sau de supraviețuire, să fie îndreptate în alte direcții cum ar fi așa zisa medicină alternativă, și împreună cu familia să caute tratamente și vindecarea, în afara medicinei actuale, care nu-l mai poate ajuta.

Această medicină alternativă este heterogenă. Ea include acupunctura, homeopatia, herbologia (medicină cu plante), psihoterapia, hipnoze și multe alte "științe" uneori mai mult sau mai puțin cunoscute (nu vorbim aici de vraci și impostori).

Fiecare dintre aceste specialități are partizanii și adversarii ei. Fiecare încearcă să demonstreze că pornește de la principii solide și are realizări uluitoare.

Dar o parte din aceste specialități nu au fost niciodată științifice. Ele nu au pornit de la premise verificabile, nu au avut serii de control, folosesc un pseudo-limbaj științific, nu au o literatură științifică comparabilă cu cea a medicinei clasice.

Această medicină alternativă este întreținută de eșecurile și limitele medicinei actuale, și ele firești pe undeva.

Dar rezultatele acestei medicine alternative sunt discutabile, cu excepția acupuncturii care are în spatele ei câteva milenii de observație, și cert numeroase succese. Dar și ea are limitele ei. Medicii chinezi nu au susținut niciodată că prin acupunctură se poate vindeca orice boală. Ea ameliorează și vindecă tulburări funcționale, ceea ce nu este deloc puțin.

Putem noi oare opri un bolnav care a ajuns în faza finală a unei suferințe să apeleze la medicina alternativă? Desigur că nu putem. Speranța și încrederea au făcut minuni în viață. Să nu uităm că viața și medicina au propriile lor miracole.

Ceea ce putem face, cel mult, este să sfătuim bolnavul, pentru care medicina actuală nu dispune de soluții terapeutice, să evite terapii nocive sau medicamente inventate de impostori (ceea ce nu întotdeauna reușim) sau de tămăduitori, vraci de rea ori naivă credință.

De multe ori medicina alternativă, tratând de la început boli organice sau suferințe, fără un diagnostic științific bine precizat, nu face decât să întârzie aplicarea în fazele incipiente a bolii, a unor tratamente cunoscute științific și cu șanse de vindecare. Pentru că este mai ușor să tratezi o boală de la început decât să tratezi tardiv eșecurile și complicațiile unei terapii nepertivite.

Iată de ce nu cred că este înțelept a recurge de la bun început și în orice situație (mai ales fără a avea un diagnostic științific stabilit) la această medicină alternativă.

**RĂSFOIND REVISTE MEDICALE**

**REVISTA ROMÂNĂ DE BIOETICĂ NR. 2/2010**

Editorialul revistei “Aspecte etice ale inegalităților sociale în îngrijirile medicale” este semnat de Liviu Oprea – lector asociat Bioetică – UMF “Gr. T. Popa” Iași.

Menționăm de asemenea articolul “Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului. România. Analiză de situație” (I). - având ca autori pe Prof. Dr. Cristian Vlădescu – UMF “Victor Babeș” Timișoara, Prof. Dr. Vasile Astărăstoae – UMF “Gr. T. Popa” Iași, Silvia Gabriela Scîntee – București, apoi “Influențe de natură economico-managerială manifestate la nivelul sistemelor de sănătate publică” - realizat de Prof. Dr. Ionel Bostan și As. Univ. Veronica Grosu – Universitatea “Ștefan cel Mare” Suceava România, “Câteva obstacole în calea aplicării principiului responsabilității individuale pentru boală în raționalizarea serviciilor medicale” de Dr. Eugen Huzum – Iași.

“Munca în serviciile de urgență – un studiu asupra atitudinilor salariaților din subordine” are ca autor pe Lector Univ. Dr. Eugen Avram – Universitatea București, “Moralitate comună, dileme morale, spirit interpretativ” se intitulează materialul purtând semnătura Dr. Bogdan Olaru – Iași. “Evaluări conceptuale etico-normative în asistența bolii Alzheimer”, este realizat de un colectiv din Iași alcătuit din: Dr. Oana-Cristina Crețu, șef lucrări, Dr. Andreea Silvana Szalontay, Asist. Univ. Ramona Mircea, Prof. Dr. Vasile Chiriță și Prof. Dr. Roxana Chiriță.

Mai menționăm articolul “Implicațiile etice ale instituționalizării pacienților cu demență”, autori fiind: Dr. Maria-Roxana Mazilu – București și Prof. Dr. Vasile Chiriță – UMF “Gr. T. Popa” Iași, ca și materialul “Dimensiunea bioetică a cercetării farmacogenetice” semnat de Conf. Dr. Roxana-Georgiana Taușer, Conf. Dr. Beatrice-Gabriela Ioan și Șef Lucrări Dr. Florin Zugun-Eloae – UMF “Gr. T. Popa” Iași. “Principiile bioeticii în terapia actuală a hepatitei B și C” este realizat de Șef lucrări Dr. Carmen Manciu, Prof. Dr. Carmen Dorobăț și Șef lucrări Dr. Florina Filip – UMF “Gr. T. Popa” Iași, precum și articolul “Etic în educație medicală tehnologică” purtând semnătura Șef lucrări Dr. Elena Toader– UMF “Gr. T. Popa” Iași.

## CAZURI RARE ...cazuri bizare

### PSEUDOTUMORA ILEO-CECALA

Dr. Vasile Daraban - medic specialist ATI

Dr. Ioan Ciobanca – medic primar chirurg

Spitalul județean de urgență Zalău

**Rezumat:** Autorii prezintă un caz mai bizar, practic rar întâlnit pe masa de operație în cursul multor apendicectomii efectuate într-o carieră profesională. Ineditul aspectelor anatomo-patologice macroscopice reliefate intraoperator a dus la decizia corectă, cea a unei hemicolectomii drepte, de necesitate. Confirmarea examenului histopatologic a dus la întărirea convingerii că procedura a fost mai mult decât necesară.

**Prezentare:** Pacienta R.P., în vârstă de 52 ani, din mediul urban se prezintă în data de 12.06.2010 ora 12,00 în serviciul UPU al spitalului nostru acuzând dureri în fosa iliacă dreaptă, cu iradiere în hipogastru, subfebrilă, meteorism. Diagnosticul de trimitere specific laconic: Colecție în fosa iliacă dreaptă. Anamneza precizează apendicectomia efectuată în urmă cu 40 de ani.

**Obiectiv:** bolnava prezintă o cicatrice postapendicectomie și o altă cicatrice medio-

pubiană post operație cezariană. Examenul ginecologic nu aduce date importante. Examenul chirurgical relevă o colecție de fosă iliacă dreaptă în curs de colectare (formațiune palpabilă)

Paraclinic, prezintă leucocitoză moderată (10.000/mm<sup>3</sup>), scăderea numărului de trombocite (139.000/mm<sup>3</sup>), ureea crescută la limită (40,5 mg%o).

Ecografia abdominală de urgență descrie un focar hipoecogenic cu con de umbră posterior de 12 mm, hipoecogenitate imprecis delimitată adiacentă (imagine în cocardă). Tabloul sugerează existența unui coprolit cu inflamația structurilor digestive adiacente. Posibil abces. (dr. Ionela Adela-Pășca). Ca o notă de inventar, examenul ecografic menționează un colecist calculos.

Se decide și se efectuează o laparotomie exploratorie în anestezie locală cu xilină 60 mg. La incizia peretelui abdominal se decelează un abces cu extensie intraperitoneală. Operatorul solicită concursul medicului anestezist. Acesta apreciază oportunitatea unei rahianestezii, care se face la nivelul metameric L2/L3, depunându-se 15 mg marcaină în spațiul subarahnoidian. Bolnava este monitorizată complex, datele observându-se pe monitorul cc-AG-Med, existent în sala de operație.

Operația se continuă printr-o incizie în fosa iliacă dreaptă. Chirurgul atrage atenția asupra peritoneului îngroșat, aderent la fascia transversalis. Se pătrunde în cavitatea unui abces, cu exteriorizarea unui puroi fetid (precizare după aspectul olfactiv ca fiind dată de anaerobi) din zona ceco-apendiculară. Formațiunea cuprinde ileonul terminal, cecul, epiploonul. Blocul inflamator peritoneal are aderențe multiple care cuprind ileonul și colonul ascendent. Pe fața anterioară a cecului, în centrul unei zone tumorale se vede o perforație de 2,5 cm. Se decide și se efectuează hemicolecomie dreaptă cu anastomoză ileo-transversă, lavaj, drenaj. (protocol operator nr. 804/12.06.10). Din puroiul recoltat și trimis spre examen bacteriologic s-a identificat bacilul coli. (rezultat parvenit la 72 ore de la operație)

Postoperator, bolnava este supusă unui tratament de reechilibrare hidro-electrolitică și acido-bazică specifică, antibioterapie în doze mari (cefalosporină 2x2 g, combinată cu gentamicină 2x80 mg și metronidazol 2x1g) timp de 7 zile. A doua zi febra scade la valoarea de 36,6 grade C, bolnava prezentând o diureză de 1800 ml/zi chiar în prima zi postoperator. Fiind vorba de o rezecție și sutură de structuri digestive, am introdus în tratament și administrarea de proteine (Aminoplasmal), cu rolul de a oferi aminoacizi pentru resinteza proteică a mucoasei ileo-colice. Bolnava prezintă reluarea tranzitului digestiv a 3-a zi postoperator, moment în care are loc transferul acesteia din terapie intensivă în chirurgie.

Histopatologic: se descrie hiperplazia foliculilor limfoizi cu marcat edem parietal. Țesutul adipos peri-intestinal prezintă arii de hemoragie, infiltrat inflamator polimorf cu formare de microabcese și edem. Nu sunt prezente modificări tumorale.

**Comentarii:** Opinia inițială a echipei chirurgicale a fost marcată de supurația fetidă, exteriorizată prin primo-incizia efectuată în anestezie locală, ridicându-se probabilitatea unui abces de fosă iliacă dreaptă. Pe parcursul intervenției s-a conturat ideea unei tumori de ceco-ascendent, dat fiind că sub anestezia spinală zona a fost mai atent explorată chirurgical. Formațiunea tumorală din fosa iliacă dreaptă avea toate caracterele macroscopice ale unui neoplasm suprainfectat, abcedat și fuzat către straturile superficiale. Decizia luată imediat a fost cea a necesității unei hemicolecomii drepte, fără a avea rețineri în ideea efectuării acesteia. Surpriza plăcută a venit din partea examenului histopatologic care infirmă caracterul neoplazic al formațiunii recoltate și examinate. Dealtfel, evoluția clinică a bolnavei a fost favorabilă în acest context.

**Concluzii:** Datele parcurse din literatura de specialitate confirmă faptul că atitudinea de exereză largă, adoptată de echipa medico-chirurgicală a fost cea corectă și benefică pentru evoluția cazului. Aflându-ne în dilema constatării unei formațiuni tisulare care avea toate caracterele macroscopice ale unei tumori de ceco-ascendent, hemicolecomia dreaptă a fost

socotită singura opțiune de urmat. Chiar dacă examenul histopatologic nu a evidențiat semne de carcinomatoză, nu putem socoti că am adoptat un exces de zel chirurgical. Important este faptul că procedând în maniera enunțată, am dat o șansă de vindecare unei bolnave cu o simptomatologie bizară, prezentată în serviciul de gardă al unui spital județean de urgență din provincie.

## ANTIBIOTERAPIA ÎN AFECȚIUNILE DIN SFERA BUCOMAXILOFACIALĂ

Dr. Gheorghe POP

Baia Mare

Scopul acestui articol este de a aduce informațiile necesare, la principiile antibioterapiei în stomatologie de a aduce corecțiune la modul actual în care bolnavii, fără cunoștințele de medicină își autoadministrează antibiotice în afecțiunile inflamatorii ale sferei cervico-buco-maxilo-faciale și de a se alătura acțiunii de combatere a abuzului de medicamente.

„Folosirea rațională a antibioticelor” nu exprimă numai un simplu deziderat de circumstanță; noțiunea reprezintă un concept principal și, în același timp o problemă complexă.

De la introducerea antibioticelor în terapeutică, s-au scurs peste 7 decenii, răstimp în care domeniul medicației antimicrobiene s-a îmbogățit an de an cu numeroase achiziții, date și fapte. Dar, pe lângă imensele beneficii aduse de antibiotice, în ultimul timp, s-au conturat în mod pregnant o serie de aspecte negative, survenite mai ales ca urmare a administrării iraționale, (fără a fi prescrise de medic) a unor suferinzi, dintre acestea cele mai îngrijorătoare sunt reprezentate de patologia iatrogenă post-antibiotice și de selectarea mutantelor rezistente la antibioticele uzuale.

Experiența acumulată până în prezent a demonstrat că singura modalitate de a putea beneficia în continuare, în mod plinar, de „virtuțile” terapeutice ale medicației antimicrobiene este folosirea competentă și rațională a „bacteriei” de antibiotice pe care o avem la îndemână.

Terapia cu antibiotice, aplicată în stomatologie și în chirurgia buco-maxilo-facială, care s-a extins pe scară largă, este diferită de antibioterapia instituită în celelalte specialități medicale. De aceea, nici unui bolnav cu abces dentar sau oricare altă afecțiune buco-maxilo-facială nu-i este permis de la sine putere să-și administreze antibiotice deoarece nu are cunoștințele necesare de folosire a antibioticului, nu știe să pună un diagnostic clinic (bacteriologic) de laborator sau radiologic. De asemenea, nu are cunoștințele necesare de indicație, de acțiunea antibacteriană, rezistență față de antibiotice, absorbția și circulația antibioticului în organism și ce este mai important fenomenele de intoleranță, toxicitate,

perturbări biologice și sensibilizarea la antibiotice.

Așadar, antibioterapia în stomatologie nu-i este permis să o facă nimeni, numai medicul stomatolog, deoarece nu are cunoștințele necesare pentru a face un asemenea tratament dificil. În general, bolnavii cu abcese dentare recurg foarte des la tetraciclină, cloramfenicol sau penicilină, în tablete.

Indicațiile terapiei generale cu antibiotice cu spectru larg sunt foarte restrânse în stomatologie, efectul principal fiind minim față de efectele deosebit de grave.

Utilizarea preparatelor de tetraciclină se va face numai în urma unui examen bacteriologic, care indică rezistența la toate celelalte antibiotice, în care caz ele se administrează injectabil.

Tetraciclina utilizată pe cale bucală este activă în intestin (enterite dizenteriforme), în căile biliare, (inflamații ale acestora) ea nu realizează concentrații maxime în sânge, închistează procesele supurative, prelungește evoluția bolii, modifică tabloul clinic și, îngreunând diagnosticul. De asemenea, favorizează suprainfecțiile cu microorganisme rezistente: candida albicans, stafilococi, ș.a.

Efectul principal al tetraciclinei nu este cel dorit, iar efectele secundare sunt deosebit de grave prin invazia cu levuri a întregului tub digestiv și a formelor septicemice în care terapeutică este parțial sau total ineficace.

Tetraciclina este contraindicată la copii sub 3 ani și gravide, deoarece se transmite prin circulația feto-placentară în serul fătului. Dinții copilului erup foarte adânc pătați în cenușiu, brun sau galben și cu hipoplazii ale smalțului. Dinții permanenți sunt afectați mai difuz pentru că agentul colorant ajunge în țesuturile dentare dure prin pulpa dentară.

Procesele supurative legate de sistemul dento-parodontal sunt cele mai multe carii, complicații ale cariei și parodontopatiilor a căror terapie profilactică și curativă, aplicată judicios și la timp, ar putea evita manifestările locale și la distanță, uneori, deosebit de grave. Pentru afecțiunile inflamatorii cu caracter acut din sfera buco-maxilo-facială, generate de procese endo-osoase, sunt necesare antibioticele bactericide, administrate numai pe cale parenterală pentru a realiza un nivel constant și eficace asupra germenilor cauzali. Aceste deziderate sunt îndeplinite de penicilina injectabilă, activă față de majoritatea agenților patogeni din cavitatea bucală; ea nu este toxică și nu produce rezistență în tratamente intense și de scurtă durată. Asocierea penicilinei cu streptomycină îi patentează efectul, ele sunt sinergice și bactericide; penicilina acționează asupra peretelui microbial, iar streptomycină asupra ribozomilor microbieni. Ele sunt folosite în toate procesele presupurative, abținându-se retrocedarea sau limitarea lor; dacă se efectuează și asanarea focarului septic primar sau incizia și drenajul colecției formate.

**În concluzie: pentru prevenirea proceselor inflamatorii recomandăm tuturor cetățenilor care prezintă afecțiuni dentare, să se prezinte la medic pentru tratament, iar în caz că s-au produs complicații de tipul abcesului dentar, atunci să se prezinte la medicul stomatolog care este singurul în măsură de a face un tratament competent.**

## **Enurezisul nocturn. Mereu o problema in pediatrie**

Dr Marius Dan Pop  
Cabinetul de Medicina Traditionala Chineza  
Baia Mare

Deși s-au făcut numeroase încercări medicamentoase de schimbare a comportamentului micțional al copilului, ședințe de psihologie etc, enurezisul rămâne una din multele afecțiuni pentru care medicina alopata, de multe ori, chiar cu lopata...nu le-a rezolvat încă, decât parțial și asta din când în când.

Enurezisul nocturn, sau udarea patului in timpul somnului, poate fi primar, sau secundar unor afecțiuni urologice, neurologice, (spina bifida), stresului determinat de habitatul familial neprielnic, diabetul insipid, enterobius vermiculare, apneea în somn, etc.

Pentru că și etiologia sa este neclară, tratamentele, găsite până acum sunt, în marea lor majoritate paleative.

În anii 80 se folosea antideprim, cu rezultate modeste.

Mai nou se folosesc: amitriptilina, epirox, anafranil, xypren soluție orală, driptane comprimate, clormipramin, triptizol etc, medicamente, care, având în vedere vârsta frageda a pacienților, reprezintă o toxicomanie dirijată medical.

Alte tratamente, nemedicamentoase, iau în considerare invenții legate de atenționarea sonoră, la udarea patului, obișnuirea copilului cu un orar de urinare, reducerea lichidelor dupa orele 18, consiliere psihologică, etc.

Ceea ce în Europa și în general țările vestice reprezintă o problema greu de rezolvat, în extremul orient, datorită acupuncturii, enurezisul este întotdeauna o afecțiune vindecată, singura condiție fiind adresabilitatea către un serviciu specializat.

Lipsa de informație medicală, face din copilul cu enurezis, la noi o minge de tenis, care este aruncată de la o specialitate, la alta.

Rezolvarea enurezisului nocturn este o chestiune de A.B.C pentru acupunctura. Medicina Tradițională Chineză consideră enurezisul, ca o perturbare a energiei psihice Shen, în cazul enurezisului primar, și o chestiune de energie regională în funcție de organele

energetice implicate.

Și într-un caz și în altul de la prezentarea la medicul specialist, până la rezolvarea cazului nu trec mai mult de 14 zile.

Tratamentul acupunctiv de elecție, este legat de meridianul rinichiului, Taixi R3, Fului R7, punctele de asentiment ale rinichiului, situate pe partea dorsala la nivelul proiecției tegumentare a celor doi rinichi, Shenshu, bilateral, precum și localizarea auriculă a punctelor corespunzătoare rinichiilor.

Există și cazuri mai rebele, care necesită încă o succesiune de 10-12 ședințe, dar asta mai rar.

Ca în foarte multe cazuri, adresabilitatea la cabinetul de acupunctură se face anevoios, doar la recomandarea părinților, vecinilor, și foarte rar la recomandarea colegilor medici.

Satisfacția părinților, care sunt salvați de un adevărat calvar nocturn, se alătură celei personale, și care alături de sintagma: acupunctură, ultima speranță...întărește și solidifică treptat locul fruntaș al medicinei tradiționale chineze în peisajul medical european din ultimile decenii.

## **LEZIUNI PROLIFERATIVE MELANOCITARE BENIGNE – ASPECTE CLINICE ȘI ATITUDINI TERAPEUTICE**

Dr. Maria POCOL medic primar Dermato-Venerolog  
Dr. Valentin POP medic primar Dermato-Venerolog  
Baia Mare

Denumirea de „Nev” se atribuie tuturor displaziilor cutanate circumscrie, generate de o tulburare a procesului de inducție embrionară.

Nevii rareori vizibili la naștere, cei mai mulți denumiți nevi precoci, apar în primele zile sau în primii ani de viață. Nevii tardivi survin la adult.

În studiile moderne de histopatologie nu se mai face o delimitare netă între hiperplaziile și neoplaziile melanocitare benigne.

Demarcația dintre o hiperplazie și o neoplazie se consideră a fi prezența a 3 sau mai multe melanocite grupate în cuiburi sau teci în epiderm.

Prezența în derm a melanocitelor este suficientă pentru a defini o neoplazie benignă.

O clasificare a formațiunilor tumorale melanocitare cutanate benigne se poate realiza având drept criteriu localizarea în tegument a melanocitelor:

**I. Tumori cutanate pigmentare benigne alcătuite din melanocite epidermice:**

- Lentigo simplu
- Nevul punctiform – nevus simplex
- Lentiginele acuminat
- Letingo solar

**II. Tumori cutanate pigmentare benigne alcătuite din melanocite de la nivelul joncțiunii dermo-epidermice:**

- > Nevi nevomelanocitari comuni dobândiți
- > Nevul cu halou (Nevul Sutton)
- > Nev melanocitar cu celule epiteloid
- > Nev melanocitar congenital
- > Nev melanocitar atipic dobândit.

**III. Tumori cutanate pigmentare benigne alcătuite din melanocitele dermice:**

- > Pata mongoloidă
- > Nev OTA
- > Nev ITO
- > Nev albastru

Numai nevi de tip joncțional sau de tip compus se pot maligniza.

Având în vedere importanța lor ca potențiali precursori histogenetici ai melanomului și faptul că sunt considerați markeri ai riscului crescut pentru melanom, nevi melanocitari atipici - cu vechea denumire de nevi displazici ne atrag interesul în mod deosebit.

Au mai fost denumiți alunițe atipice, leziunea B – K (numele a două familii cu nevi displazici) nevul lui CLARK (după Wallace H Clark jr.).

Nevii melanocitari atipici sunt formațiuni tumorale dobândite, cu aspect neregulat caracterizate histologic prin atipii celulare și/sau arhitecturale.

Apar din punct de vedere clinic ca leziuni pigmentare multiple, cu aspect macular de culoare variabilă – de la roz la brun închis – cu dimensiuni de la 5 la 12 mm; se pot localiza oriunde pe suprafața cutanată, dar cu precădere pe trunchi, pe cap, fese, regiunea genitală.

În general după vârsta de 5 – 6 ani, încep să apară ca mici formațiuni intens pigmentate.

La adolescență acești nevi cresc ca talie și număr aspectul caracteristic apărând abia în jurul vârstei de 20 de ani, apariția lor putând continua și restul vieții, prezentând în același timp o mare variabilitate morfoclinică.

Transformarea malignă a nevilor atipici este greu de apreciat, dar frecvența acesteia este întotdeauna mai mare decât la nevi obișnuiți.

Este suspectat de transformare malignă un nev pigmentar care:

- > se mărește brusc în suprafață și în grosime;

- > își schimbă culoarea - devine mai negru parțial sau în totalitate;
- > se înconjoară de un halou eritematos sau pigmentar;
- > se infiltrează în profunzime;
- > devine dureros;
- > sângerează.

Se recomandă ca pacienții cu nevi melanocitari atipici:

- > să se autoexamineze cel puțin odată la 4 – 6 săptămâni;
- > să beneficieze de un consult medical cel puțin odată la 3 – 6 luni;
- > consult medical anual după excizia unui nev melanocitar atipic;
- > să evite expunerea la UV și protecție solară.

Pentru nevi melanocitari atipici cu suspiciuni clinice de melanom se recomandă excizia chirurgicală cu o margine de siguranță de 2 – 3 mm, iar în jos excizia trebuie să fie mai jos de componenta cea mai adâncă a leziunii – de preferat până în stratul adipos.

Metodele terapeutice distructive pentru orice tumoare melanocitară nu se recomandă.

Riscul crescut de melanom poate fi indicat de un număr crescut de nevi, de antecedentele personale sau familiale de melanom.

Monitorizarea prin Dermatoscopie digitală a pacienților cu nevi melanocitari atipici multipli este benefică pentru că se pot înregistra modificări de structură ale acestora de-a lungul timpului putându-se detecta precoce melanomul și văzând numărul nevilor cu suspiciuni.

Nevii melanocitari atipici au un aspect clinic asemănător unui melanom.

Adeseori respectă formula mnemotehnică ABCDE:

A – asymmetrical (asimetric)

B – irregular borders (marginii neregulate)

C – color (nuanțe de la roz la brun închis)

D – diametru (dimensiuni >6 mm)

E – elevated (proeminență).

Dermatoscopia permite diferențierea în vivo a formațiunilor cutanate pigmentare melanocitare, precum și a leziunilor melanocitare benigne de cele maligne făcând diagnosticul diferențial între nevi melanocitari benigni și nevi displazici, între epidermul bazocelular pigmentar și melanomul malign, între verucile seboreice și leziunile melanocitare.

Excizia profilactică a numeroși nevi melanocitari atipici nu este practică și nu exclude examinarea medicală periodică.

**Bibliografie:**

- „Dermato.ro”revistă de informare specializată . nr. 5/iunie 2005:
- „Dermatovenerologie” – revista Societății Române de Dermatologie”Nr. 2/2003;
- „Tratat de dermato-venerologie”--- 1986

## PAGINI MEDICALE BÎRLĂDENE -NR. 148/149/2010

Dr. Felix MARIAN

Baia Mare

Dintre articolele de specialitate din acest număr al revistei vom menționa „Microalbuminuria” semnat de Dr. Cristian Mara (Cluj), apoi „Managementul și marketingul unui spital” având ca autori pe Col. Dr. Corneliu Botez și Dr. Isabella Brujbu Murariu (Iași), precum și „Stenturile coronariene cu eliberare de drog, un progres important în cardiologia intervențională” realizat de Dr. Cristian Mara (Cluj) și Dr. Ioan Mara (Deva), de asemeni „Studiul efectului antioxidant al anesteziilor în chirurgia abdominală ”semnat de un colectiv alcătuit din: Irinel Sosea, Sidonia Marinescu, Raluca Persu, Simona Sosea (Craiova).

Sunt evocate câteva manifestări științifice de anvergură cum ar fi: „A V-a ediție a Zilelor Medicale ale Spitalului Municipal de Urgență Moinești” din 29 – 31 iulie 2010 (Dr. Adrian Cotârleț), „A XL-a Reuniune Națională de Istoria Medicinii” de la Constanța – 3 – 5 iunie a.c. (Prof. Univ. Dr. Octavian Dumitru Unc), „Simpozionul de primăvară de dermato-venerologie” – 13 – 15 mai 2010 din Cavtat, Croația, (Dr. Georgiana Mihăilă), „Curs european de gastroenterologie” – 26 – 27 martie 2007 din Cluj (Drd. Teodora Blaga-Surdea).

În cadrul rubricii „Biblioteca Medicală” sunt prezentate o serie de volume recent apărute dintre care spicuiem: „Spitalul de copii „Sf. Nicolae” Bârlad – repere monografice”, „Chirurgie endocrină cervicală” (Corina Badiu, Bogdan Stănescu), „Doctorul Alexandru Brăescu 1860 – 1917 – întemeietor al învățământului universitar de psihiatrie din Moldova, ctitor al Spitalului Socola din Iași. Contribuții documentare” (Prof. Dr. C. Dimoftache Zeletin), „Tehnici chirurgicale utilizate în patologia anală netumorală” (Dr. Viorica Vidu), „Ghid de medicină internă” (Daniela Bartoș), „Curs de neurologie pentru studenții Secției de Kinetoterapie a Facultății de Educație Fizică și Sport”, (Ștefania Kory Calomfirescu și Marilena Kory-Mercea), „Disfuncții sexuale masculine” (Prof. Dr. Voichița Mogoș și Dr. Simona Mogoș).

Între creațiile literare ale medicilor vom spicui: „D-ale gurii din bătrâni” (Octavian Stoica), „Jocul cu cercuri” (Mariana Mănuță), „Râsul – cea mai mare vitamină a supraviețuirii umane” (Liviu Vulcu), „Sudul târziu” (Claudia Voiculescu), „La cumpăna anilor” (Mihai Ghiur), „Călător ... prin vîltoarea vremii” (Alexandru Mănăstireanu), „Marea horă a vîntului” (Elena Buznă), „Aromâni din Albania” (Vlad Bejan), „Gânduri răzlețe” (René Duda).

Remarcăm articolul „Profesorul Iuliu Hațieganu – un mare iubitor al educației fizice și sportului” semnat de Prof. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu, de asemenea prezentarea volumului I din „Istoria medicinei dobrogene”, autori Prof. Dr. Vasile Sârbu, Prof. Dr. Octavian Dumitru Unc – realizată de Acad. Prof. Laurențiu M. Popescu ca și „Amoralismul zilelor noastre” ( Pilulă amară necompensată... în criză) semnată de Dr. Nicolae Botezatu – redactorul șef al publicației bîrlădene.

Revista mai cuprinde versuri realizate de Dr. Liliana Grădinaru, Prof. Dr. Mihai Ghiur, Dr. Teona Scopos, Dr. Dan Ioan Nistor. Menționăm și materialul „Lucian Blaga despre psihanaliză” purtând semnătura lui Ovidiu Drîmba.

În final menționăm recenziile unor reviste: „Acta Medica Transilvanica” nr. 4/2009, „Revista română de endocrinologie și metabolism” nr. 1/2010, „Cercetări experimentale medico-chirurgicale” nr. 3 – 4/2009, „Annals of Fundeni Hospital” nr. 3 – 4/2009.

## MUZEUL DE MEDICINA MUNCII

Prof.dr. Toma Niculescu  
*inițiator și organizator*

La 24 iulie 2010 a avut loc deschiderea MUZEULUI DE MEDICINA MUNCII, în localitatea Făget, județul Prahova (la 6 km de Vălenii de Munte). La festivitatea de deschidere au participat prof.dr. Ion Toma, președintele Societății Române de Medicina Muncii, prof. dr. Alexandru Dienes, prof. dr. Dorin Bardac, prof. dr. Toma Niculescu, medici de medicina muncii, chimiști industriali, asistenți medicali, etc.

- Muzeul cuprinde:
- fotografii ale unor personalități care au ilustrat medicina muncii.
- Afișe, programe, volume de rezumate ale tuturor congreselor și conferințelor naționale de medicina muncii care au avut loc în țara noastră, ca și afișe și programe ale manifestărilor științifice organizate pe plan regional; de asemenea sunt expuse și programele manifestărilor științifice ale organizațiilor de medicina muncii internaționale
- albume cu fotografii ale participanților la diferite manifestări de medicina muncii din

țară și străinătate sau la diferite cursuri de specializare sau perfecționare în medicina muncii

- documente care prezintă istoria unor domenii ale medicinei muncii: - istoria unor aspecte legislative (pe plan național și internațional, de exemplu cum a evoluat examenul medical la angajare și periodic) – istoria unor instituții specifice medicinei muncii (pe plan național și internațional); istoria învățământului de medicina muncii; etc.
- prezentarea unor personalități de medicina muncii care a avut preocupări deosebite culturale (romancieri, poeți, instrumentiști, fotografi amatori, etc.)
- prezentarea unor scrieri (romane, eseuri, biografii, etc) legate de medicina muncii
- teze de doctorat cu subiecte de medicina muncii
- o bibliotecă alcătuită din cărți de medicina muncii, vechi sau mai noi, editate în străinătate sau la noi în țară; de exemplu există un Ramazzini, un Hunter, un Dinischiotu, dar și ultimele apariții editoriale de medicina muncii.

Muzeul de medicina muncii reflectă și va reflecta activitatea medicilor de medicina muncii, a chimiștilor și toxicologilor industriali, a psihologilor, biologilor, fizicienilor, asistenților medicali care au lucrat în structurile de medicina muncii.

Muzeul este deschis începând din data de 15 septembrie 2010, în zilele de sâmbătă (orele 9-18) și duminică (orele 9-12) cu planificare prealabilă.

Informații: telefon 021-2309342 ; 0788370071; 0788306205

## REVISTA ROMÂNĂ DE SĂNĂTATE MINTALĂ – NR. 1/2010

Dr. Felix MARIAN

Editorialul revistei “Comportamentul față de boală” semnat de Dr. Florin Tudose (București). Vom mai menționa “Particularități ale comportamentului patologic față de boală”, autori: Dr. Lidia Nica Udangiu, Dr. E. Moțescu, Dr. C.E. Roventza și Dr. D. Teodorescu (București), apoi “Comportamentul la boală al bolnavilor de cancer și al familiei sale” realizat de psiholog Ioana Omer și Prof. Dr. Constantin Bogdan (București).

Apoi amintim articolul “Tipologia comportamentului față de boală” semnat de Dr. Lidia Udangiu, Dr. C.E. Roventza, și Dr. Lavinia Țilea (București) precum și materialul “Relația medic – pacient – perspectiva psihiatrului practicant” având ca autor pe Dr. Gavril Cornuțiu (Oradea).

Relevăm apoi articolul realizat de Prof. Dr. Constantin Bogdan “Comportament la boală mai puțin obișnuit – solicitare de eutanazie” în care prezintă observațiile sale privind un anumit comportament la boală, acela al unor bolnavi cu polipatologie, aflați la sfârșitul vieții și a unor bolnavi suferind de boli incurabile. “Relația terapeut – pacient – perspectiva psihologului practicant” este un material semnat de psiholog clinician Teodora Iunona Sabău (Oradea).

Între celelalte materiale evocăm: “Scala autoevaluării simptomelor de schizofrenie: proprietăți psihometrice, fiabilitate și validitate” având ca autori pe Eva Lindström (Uppsala – Suedia), Erik Jedenius (Stockholm – Suedia), Sten Levander (Malmö – Suedia) precum și “Rolul neurochirurgie în tratamentul afecțiunilor psihiatrice” semnat de Liviu Nicolae, Ionela Cristina Nicolae și Dr. Bogdan Tudorache (București)

La rubrica “Interferențe” menționăm materialul “Artur Schnitzler, medic scriitor (psihiatru) austriac (1862 – 1931) și amintirile despre Alexandru Ioan Cuza” întocmit de Prof. Dr. Constantin Bogdan, care relatează și despre Conferința Internațională de Bioetică,

UNESCO Comisia europeană, care a avut loc la Mexico City în perioada 23 – 28 noiembrie 2009.

## CONGRESUL MONDIAL DE CARDIOLOGIE BEIJING 2010

Dr. Delia Mercea Dan

Unul dintre cele mai importante evenimente medicale din lume este Congresul Mondial de Cardiologie, care are loc o dată la doi ani. În acest an, congresul s-a desfășurat în perioada 16-19 iunie, la Beijing, China. La această mare manifestare științifică s-au întâlnit peste 10 000 de medici din cca 120 de țări. Pe parcursul celor patru zile de congres au avut loc 230 de sesiuni științifice.

Printre subiectele dezbătute s-a numărat și efectul nociv pe care îl are fumatul asupra sistemului cardiovascular, întregul congres fiind de altfel pus sub sigla "fumatul interzis" ( "smoke-free policy"). Au fost numeroase postere, mese rotunde, dezbateri și articole de presă pe acesta temă, care au încercat să pună la punct o strategie eficientă de combatere a fumatului. De asemenea s-a menționat că și fumatul pasiv, expunerea la fumul de țigară, duce la apariția bolilor cardiovasculare, care ocupă, în continuare, prima poziție în privința mortalității globale, depășind suma tuturor celorlalte cauze de deces ( boli pulmonare, neoplazii, boli gastrointestinale, accidente, infecții etc).

De asemenea, s-au desfășurat sesiuni științifice specifice fiecărei ramuri a cardiologiei- cardiologie pediatrică, boli congenitale cardiovasculare, ateroscleroza, boli valvulare, endocardită infecțioasă, hipertensiune arterială, sindroame coronariene acute, tulburări de ritm- ventriculare și supraventriculare, tulburări de conducere, insuficiența cardiacă de la stadiul preclinic la cel terminal, genetică în bolile cardiovasculare, cardiologie intervențională, chirurgie cardiovasculară, precum și despre patologia asociată frecvent bolilor cardiovasculare- Diabetul zaharat, insuficiența renală, accident vascular cerebral etc. Un interes aparte l-au stărnit și discuțiile axate pe transplantul cardiac, dispozitive artificiale de susținere a activității cardiace , precum și despre reconstrucția inimii, care se află în fază experimentală.

Dintre cele cca 2000 de lucrări din întreaga lume , paisprezece au fost din România. Una dintre ele a fost " Rolul și importanța determinării relației dintre îngroșarea intimei-medii la nivel carotidian și calcificarea de inel mitral posterior în aprecierea riscului dezvoltării sindromului coronarian acut la pacienții cu stenoza aortică degenerativă? - care este rodul unui studiu prospectiv efectuat pe 166 de pacienți cu stenoza aortică degenerativă, în Spitalul Județean de Urgență "Dr Constantin Oprea" Baia Mare, studiu efectuat de subsemnata, în colaborare cu Dr Calin Pop.

Următorul Congres Mondial de Cardiologie va avea loc la Dubai, în 2012.

