



PRO Asistent Argeșean

Revista asistenților medicali generaliști, asistenților medicali și moașelor din județul Argeș



DIN SUMAR:

EDITORIAL

24 Martie-ZIUA
INTERNĂȚIONALĂ
DE LUPTĂ
ÎMPOTRIVA
TUBERCULOZEI

JURNAL DE
VOLUNTAR

Lucrări
Științifice

Pagina
Recunoștinței

Pagina
Pacientului

Pagina
Studentului

DIALOG DE SUFLET

ASISTENT PE
MAPAMOND

SĂNĂTATE PE
GUSTATE



#ASISTENȚIMEDICALIPENTRUPACE



International Council of Nurses
The Global Voice of Nursing



Ordinul Asistenților Medicali Generaliști,
Moașelor și Asistenților Medicali din România

2022

**SOLIDARITATE PENTRU PACE,
SOLIDARITATE PENTRU SĂNĂTATE**

PRO Asistent Argeșean este o revistă trimestrială, dedicată tuturor asistenților medicali din județul nostru, prin care ne propunem să promovăm valorile profesiei, să aducem în dezbatere problemele de actualitate și să realizăm coeziunea grupului profesional. Revista este accesibilă online, pe site-ul organizației, www.oammr-arges.ro.

SUMAR

1. **EDITORIAL:** SOLIDARITATEA UMANĂ, UN ALT FEL DE DAR ÎN LUNA MARTIE – pag. 4
2. **PAGINA NAȚIONALĂ:** PLANUL NAȚIONAL DE COMBATERE A CANCERULUI – O ȘANSĂ ÎN PLUS LA VIAȚĂ-pag. 5
3. **PAGINA NAȚIONALĂ:** ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA SUSȚINE CAMPANIA „ASISTENȚI MEDICALI PENTRU PACE” – pag. 6
4. **JURNAL DE VOLUNTAR:** OAMGMAMR ARGEȘ - DIN SOLIDARITATE, VOLUNTARI PENTRU COMUNITATE! – pag. 7
5. **LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE:** TUBERCULOZA ESTE UN DIAGNOSTIC, NU UN STIGMAT! – pag. 9
6. **ATEROSCLEROZA – SEMNALUL DE ALARMĂ AL ORGANISMULUI – pag. 20**
7. **CANCERUL DE SÂN – AFECȚIUNEA CARE, ÎN ANUL 2021, A CAUZAT CELE MAI MULTE DECESE ÎN LUME – pag. 25**
8. **TUBERCULOZA – DRUMUL DE LA INFECTARE PÂNĂ LA VINDECARE – pag. 28**
9. **SINDROMUL DOWN – SINDROMUL IUBIRII INFINITE - pag. 33**
10. **RECUPERAREA ÎN HERNIA DE DISC ALGO-PARESTEZICĂ – pag. 37**
11. **ASISTENTUL DIN ATI, OMUL CARE ÎNNOADĂ FIRUL VIEȚII - pag. 40**
12. **ASISTENT PE MAPAMOND - ANDREI GABRIEL POPESCU - UN VIS CARE A PRINS ARIPI SPRE IRLANDA – pag. 44**
13. **PAGINA RECUNOȘȚINȚEI – ION GEORGESCU, PRIMARUL ORAȘULUI MIOVENI: OMUL CARE SFÎNȚEȘTE LOCUL! - pag. 48**
14. **PAGINA PACIENTULUI – PREVENȚIA - UMBRELA PENTRU PROTEJAREA SĂNĂTĂȚII - pag. 50**
15. **PAGINA STUDENTULUI – MARIA CONSTANTINESCU-PE PRIMA TREAPTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL - pag. 52**
16. **SĂNĂTATE PE GUSTATE – CIMBRUL ȘI AROMA SA TĂMĂDUITOARE - pag. 54**
17. **TABLETA LEGISLATIVĂ – ÎNGRIJIRILE LA DOMICILIU, DE LA TEORIE LA PRACTICĂ -pag. 57**
18. **TEST - pag. 60**

SOLIDARITATEA UMANĂ, UN ALTFEL DE DAR ÎN LUNA MARTIE



vieții.

În acest martie, cel mai frumos dar oferit este solidaritatea umană. Îndreptăm întreaga noastră recunoștință către fiecare asistent medical care a îngrijit victime ale războiului, către fiecare asistent medical și către fiecare român care s-a oferit voluntar pentru refugiații din Ucraina, către toți românii care, din puținul lor material, dar din preaplinul inimilor, au făcut donații și au arătat lumii întregi că „dar din dar se face Rai”.

Oameni pentru Oameni! Mame pentru Mame! Nu se poate exprima în cuvinte emoția pe care o cuprinde imaginea unei mame din România care îmbrățișează și ajută o mamă din Ucraina.

În onoarea lor, a femeilor care s-au refugiat alungate de război, a femeilor voluntar care au hrănit și îmbrăcat, a femeilor asistent medical care îngrijesc, de-a dreptul neobosite, răni sufletești și trupești, îndrept gând de sănătate, de viață, de regăsire cu cei dragi, de profundă recunoștință.

În onoarea lor, a celor care, în acest martie, și-au deschis casele, inimile și brațele pentru semenii lor înalt rugăciune și nădăjduiesc în PACE PE PĂMÂNT!
Așa să lucreze Dumnezeu!

Cu solidaritate,

Estera STĂMOIU, președinte Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România Filiala Argeș



#ASISTENȚIMEDICALIPENTRUPACE



International Council of Nurses
The Global Voice of Nursing



Ordinul Asistenților Medicali Generaliști,
Moașelor și Asistenților Medicali din România

PLANUL NAȚIONAL DE COMBATERE A CANCERULUI – O ȘANSĂ ÎN PLUS LA VIAȚĂ

România are, începând din luna ianuarie, un PLAN NAȚIONAL DE COMBATERE A CANCERULUI! Așteptat atât de pacienții cu afecțiuni oncologice, cât și de specialiștii din domeniu, planul a fost lansat la Palatul Cotroceni, în prezența președintelui României, Klaus Iohannis, ministrului Sănătății, prof. dr. Alexandru Rafila, prof. dr. Patriciu Achimaș-Cadariu – fost ministru al Sănătății și coordonatorul științific al Planului Național de Combateră a Cancerului, președintelui OAMGMAMR, Mircea Timofte, precum și a altor personalități și autorități din domeniul medical.

Planul Național de Combateră a Cancerului are ca obiectiv creșterea standardului de calitate al tratamentului pacienților oncologici din România astfel încât acesta să fie cât mai aproape de standardul european. Pentru atingerea acestui obiectiv, Uniunea Europeană pune la dispoziția statelor membre fonduri în valoare totală de patru miliarde de euro pentru proiectele privind combaterea cancerului.

În cadrul evenimentului de lansare a Planului, președintele Klaus Iohannis a precizat faptul că de la începutul anului 2023 „ar trebui să devină complet funcționale programele naționale de screening pentru anumite tipuri de cancer.



rapid la cele mai noi terapii. Planul prevede, în intervalul 2023-2024, identificarea unor soluții și pentru finanțarea îngrijirilor paliative pentru pacienții cu cancer, o modalitate de îmbunătățire a calității vieții atât pentru pacientul oncologic, cât și pentru familie și cei apropiați.”.



Tot în 2023 este prevăzută finalizarea criteriilor care să permită decontarea testărilor genetice, în urma cărora se pot prescrie tratamente mult mai bine țintite și cu șanse majore de vindecare.

O măsură foarte importantă este realizarea, până la finalul lui 2024, a unui Registru Național de Cancer.

Totodată, în perioada 2023-2026, se estimează realizarea unui fond de inovație în sănătate, care să ofere pacienților din România accesul pentru finanțarea îngrijirilor paliative pentru pacienții cu cancer, o modalitate de îmbunătățire a calității vieții atât pentru pacientul oncologic, cât și pentru familie și cei apropiați.”.

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA SUSȚINE CAMPANIA „ASISTENȚI MEDICALI PENTRU PACE”

Consiliul Internațional al Asistenților Medicali (ICN) a găzduit un webinar cu lideri europeni ai asistenților medicali din România, Ucraina, Ungaria, Moldova, Polonia și Slovacia, tema abordată fiind criza din Ucraina.

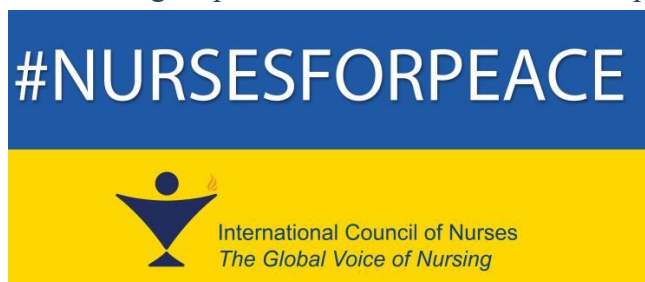
Participanții și-au exprimat solidaritatea și sprijinul pentru asistentele medicale și poporul Ucrainei într-un mesaj de unitate din partea asistentelor din întreaga lume.



În urma întâlnirii, ICN, Federația Europeană a Asociațiilor Asistenților Medicali (EFN) și Forumul European al Asociațiilor Naționale de Asistente și Moașe (EFNNMA) au emis o declarație comună în care condamnă ferm invazia rusă a Ucrainei, perturbarea serviciilor de sănătate și atacurile asupra asistenței medicale. ICN, EFN și EFNNMA cer încetarea imediată a focului, încetarea tuturor ostilităților și începerea negocierilor diplomatice

intensificate pentru a asigura pacea.

Intitulat „**#NursesforPeace** – Ukraine and the nursing response”, webinarul a avut ca scop reunirea liderilor europeni din asistența medicală pentru a împărtăși informații și a decide cu privire la acțiuni de salvagardare a asistentelor medicale și a altor lucrători din domeniul sănătății, protejarea instalațiilor și proviziilor și asigurarea accesului la ajutorul umanitar.



Pe lângă declarația comună, ICN a lansat campania „**#NursesforPeace**” în solidaritate cu asistenții medicali din Ucraina și încurajează susținătorii campaniei să posteze fotografii cu ei înșiși ținând bannere pe rețelele de socializare folosind eticheta **#NursesforPeace**.

Președintele ICN, Pamela Cipriano, a declarat: „Nu mai trebuie pierdute vieți. Sub bannerul **#NursesforPeace** vom continua să folosim toate căile disponibile pentru a sprijini eforturile umanitare atât în Ucraina, cât și în țările ei limitrofe, unde asistenții medicali joacă din nou un rol central de conducere. Avem o mare datorie de recunoștință față de curajoșii asistenți medicali ucraineni și celor din țările vecine care se străduiesc să găsească soluții practice pentru a-și proteja și îngriji pacienții în circumstanțe aparent imposibile.”

Asistentele ucrainene participante la webinar au făcut un apel pentru sprijin psihosocial și materiale medicale, inclusiv articole de îngrijire a rănilor, cum ar fi: garouri, medicamente și antibiotice, precum și exfoliante de unică folosință.

Liderii asistenței medicale din România, Slovacia, Polonia și Moldova au vorbit despre „valul uriaș de solidaritate și sprijin” oferit pentru a ajuta refugiații care le inundă granițele. ICN va continua să lucreze cu asociațiile naționale de asistență medicală din regiune pentru a sprijini oamenii din Ucraina, inclusiv pe cei care au fost forțați să-și părăsească țara.

Puteți susține campania accesând link-ul <https://www.icn.ch/.../nursesforpeace-ukrainian-nurses...> care vă oferă toate informațiile necesare, transmite OAMGMAMR Argeș.

OAMGMAMR ARGEȘ - DIN SOLIDARITATE, VOLUNTARI PENTRU COMUNITATE!

”Eu singură nu pot schimba lumea, dar pot arunca o piatră peste ape să creez multe unde.”
(Maica Tereza)

În luna februarie a acestui an, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali Argeș s-a angajat într-o nouă misiune de solidaritate pentru sănătatea argeșeană. A fost de ajuns un singur apel lansat de către Direcția de Sănătate Publică Argeș către cei care pot și doresc să devină voluntari pentru efectuarea anchetelor epidemiologice. Urmare a respectivului apel, echipa Ordinului Asistenților Medicali Argeș și-a unit forțele venind în sprijinul comunității argeșene.



Pentru că „nu există nimic mai puternic decât inima unui voluntar”, timp de aproximativ trei săptămâni, voluntarii au contactat mii de argeșeni față de care și-au îndeplinit, cu multă empatie și profesionalism, responsabilitățile încredințate.

În tot atâta timp a fost freamăt în sediul OAMGMAMR Filiala Argeș. Din dorința de a ajuta pe cel de la capătul telefonului, fiecare voluntar și-a extins competențele și a făcut tot posibilul să ofere cât mai multe informații cu care să vină în sprijinul persoanelor aflate în izolare. Fiecare căuta să se informeze corect și apoi să revină cu telefon la cei pe care îi avea în listă. Ușor nu a fost, dar am reușit. S-a lucrat sub presiunea timpului, întrucât, zilnic, erau mii de persoane diagnosticate pozitiv cu COVID-19 și totul trebuia realizat la termen. Voluntarii DSP Argeș pentru anchetele epidemiologice au fost o piesă dintr-un mecanism complex care a funcționat perfect.

Un cerc al solidarității, al dorinței necondiționate de a fi de folos, de a ajuta. Un demers care s-a desfășurat impecabil și care nu ar fi funcționat „nemțește” fără mobilizarea și coordonarea unei persoane, musai simt să vă spun că e din Câmpulung, care a avut rol de locomotivă. A tras greul, a motivat, a gestionat, a împărțit liste, a adunat liste, a sunat enorm, a empatizat la fel. Într-un cuvânt, și-a asumat. Și-a dorit, a avut convingerea că se poate și a dovedit asta. Și să nu fi vrut să fii voluntar, credeți-mă pe cuvânt, când vezi atâta determinare și atâta încredere te molipsești și te implici ca și când nu ai fi avut nicio ezitare.

A sunat, poate, mai mult ca toți, și-a improvizat biroul în mașină și suna în drum spre Câmpulung, a făcut tot ce s-a putut omenște face până în ziua în care nu ne-a mai adus de la DSP Argeș nicio listă și ne-a spus că misiunea noastră, deocamdată, s-a încheiat.

Am văzut atunci, în președintele Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România Filiala Argeș, Estera Stămoiu, un lider.

Un om datorită căruia am avut șansa unei experiențe imposibil de uitat. Poveștile de viață descoperite atunci au lăsat amprente, oamenii cu care am vorbit ne-au condus în universuri diferite mult. Până și noi ne-am (re)descoperit unii pe alții. Primul mecanism pus în mișcare pentru acest demers a fost al echipei OAMGMAMR Argeș.



Așa am văzut-o pe doamna Mihaela Oprea, dedicată și implicată, care și-a impus un anumit target pe fiecare zi și care ne-a impresionat cu propria poveste de viață, pe doamna Mihaela Mircea, care a condimentat conversațiile cu încurajări și a descrețit frunțile cu umor-i caracteristic, am văzut în doamna Aura Rizescu, un munte de dăruire și implicare, am văzut-o pe doamna Carmen Zamfir care a sunat în credință la fiecare om din listă inclusiv în timp ce aștepta copilul de la cursuri, pe doamna Elena Iordache pentru care drumul de la Curtea de Argeș la Pitești se comprima într-un gest de solidaritate, pe doamnele Anișoara Giurcă și Carla Jianu, cele care au învins oboseala de după schimbul trei din dorința de a fi de ajutor semenilor, pe doamna Neli Homeghiu care suna conștiincios rezonând cu fiecare caz în parte, pe domnul Ioan Dumitrașcu, experimentând voluntariatul despre care a vorbit apoi cu mare satisfacție, pe doamna Mariana Badiu care a făcut un efort să sune, deși suferise o intervenție medicală, pe doamnele Mariana Voiculescu și Valentina Ghiold care au întregit echipa de voluntari a Consiliului Județean al OAMGMAMR Filiala Argeș.

Li s-a alăturat, fără rezerve, doamna Amalia Neacșu care, cu deja emblematicul zâmbet, a sunat și a mobilizat și pe alții să o facă.

Le-am văzut, zi de zi, pe doamna Clelia Florea-Matei, veșnic răbdătoare, diplomată și implicată, pe Amalia care, deși suna printre telefoanele la care răspundea la serviciu, a reușit să fie în top, și, nu în ultimul rând, pe Teodora care, deși inițial nu credea că va reuși să se implice în acest voluntariat din cauza volumului de muncă pe care îl avea, a făcut acest lucru din toată inima.

Cu această experiență au ales să se îmbogățească sufletește și asistenții medicali: Cătălin Udrea, Daniela Drăgulescu, Florentina Stanca, Ionuț Dobre, Cristina Leuștean, Claudia Șoricel, Magda Catone, Valentin Georgescu.

A fost o muncă de echipă, contracronometru și contra COVID-19. A fost ceva ce nu era prevăzut în agenda nimănui. Mai mult decât atât, a fost o activitate care a anulat agenda noastră pe care se regăsea un proiect de suflet „Pentru o viață fără mască”, precum și alte activități importante.

În pofida acestei schimbări de priorități, am fost recunoscători că ni s-a întâmplat, că am putut să fim parte dintr-un demers de solidaritate pentru comunitate.

Când rata de infectare a scăzut considerabil, iar misiunea a ajuns la final, OAMGMAMR Argeș a adresat mulțumiri tuturor celor care au răspuns „DA!” din toată inima și au dedicat timp acestei acțiuni în favoarea semenilor, demonstrând că voluntarii cu adevărat reprezintă „iubirea în mișcare”.



De asemenea, OAMGMAMR Argeș a mulțumit doamnei Sorina Octavia Honțaru, directorul executiv al Direcției de Sănătate Publică Argeș, pentru șansa oferită de a se implica și a fi parte dintr-o acțiune de solidaritate pentru sănătate.

La capătul unei experiențe despre care, cu siguranță vom mai vorbi, am considerat necesară și opinia celei de la care a pornit acest maraton al implicării, președintele Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România Filiala Argeș, Estera Stămoiu: „Satisfacția imensă pe care o simțim este efectul acestor trei săptămâni intense. A fost o perioadă de timp relativ scurtă, dar care ne-a îmbogățit enorm pe fiecare dintre noi. O astfel de experiență te motivează să repeți gestul, te hrănește într-un mod unic. Mulțumesc cu recunoștință celor care au atâta generozitate și iubire de dăruit semenilor lor încât, fără ezitare, s-au implicat în această acțiune! Voluntarii sunt ostașii care formează armata de bunătate a acestei lumi. Cu siguranță ne vom alătura și altor proiecte și vom întări această armată cu forțele noastre”.

Cu aripi de împlinire,

Aurora Elena Sărărescu, voluntar

LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE

În data de 24 martie a fiecărui an, sub egida Organizației Mondiale a Sănătății, este marcată Ziua Mondială de Luptă Împotriva Tuberculozei, prilej de a sensibiliza populația cu privire la consecințele devastatoare ale tuberculozei asupra sănătății sociale și economice, cât și pentru a intensifica eforturile eradicării globale a TB. Răspunzând apelului lansat de OMS, numărul actual al revistei PRO Asistent Argeșean cuprinde două lucrări științifice dedicate acestui subiect, realizate de asistenții medicali Silvia-Ecaterina LUNGU, asistent șef Secția II, Spitalul de Pneumoftiziologie Câmpulung și Liliana DAVID, as.med.gen.pr., Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf. Andrei" Valea Iașului.



TUBERCULOZA ESTE UN DIAGNOSTIC, NU UN STIGMAT!

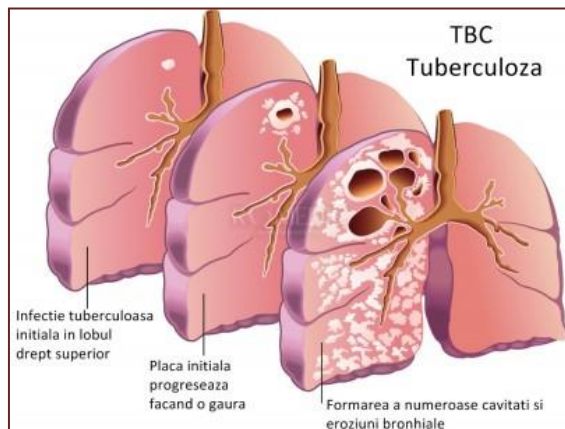
Autor: Ecaterina LUNGU, Asistent șef Secția II, Spitalul de Pneumoftiziologie Câmpulung



“Poate nici una dintre bolile care au format obiectul medicinei nu au pus la mai grea încercare mintea omenească decât tuberculoza.” - Marius Nasta în teza de doctorat

Despre această boală am învățat în școală, dar după ce m-am angajat ca asistent medical la Spitalul de Pneumoftiziologie Câmpulung am luat contact cu pacienții bolnavi de tuberculoză. Prima amintire a fost destul de marcantă pentru că, un pacient tânăr, 21 ani, foarte afectat, cu multiple recidive, a decedat din cauza acestei boli. Nu pot uita nici acum imaginea ochilor acelui pacient care ne ruga să-l ajutăm, să nu-l lăsăm să moară. Aveam mulți pacienți tineri internați cu această boală care reveneau la tratament pentru că nu erau conștienți că această afecțiune, fără tratamentul necesar, poate duce la un final nedorit. În timp, aceștia nu au mai apărut deloc...

Tuberculoza face victime de mii de ani. Ciprian Porumbescu, autorul nemuritoarei “Balade”, a murit de tuberculoză la doar 30 de ani. Iulia Hașdeu, prima studentă româncă de la Sorbona, fiica scriitorului Bogdan Petriceicu-Hașdeu, este răpusă de tuberculoză la doar 16 ani. Tot de tuberculoză a murit, la numai 35 de ani, compozitorul austriac Wolfgang Amadeus Mozart, la 44 de ani – scriitorul rus Anton Cehov, sau poetul britanic George Gordon Byron – la doar 36 de ani. Tuberculoza a luat viața scriitorului Alecu Russo – la 40 de ani, a compozitorului polonez Frederic Chopin – la 39 de ani, a scriitorului evreu de limbă germană Franz Kafka – la numai 42 de ani. Șirul oamenilor celebri răpuși de tuberculoză poate fi continuat. Nemiloasa boală a luat vieți totdeauna, peste tot.



Istoricul tuberculozei

Boala este cunoscută din antichitate. Fragmentele de schelet găsite indică faptul că oamenii preistorici (4000 î.Hr.) sufereau de tuberculoză – cercetătorii au putut constata o afectare tuberculoasă a coloanei vertebrale la mumiile egiptene din perioada 3000–2400 î.Hr. Grecii denumeau această boală phtisis–consumare.

Dar abia în secolul XIX a fost descoperit microbul care provoacă această boală de către medicul militar german, Robert Koch. La 24 Martie 1882 acesta a comunicat societății medicale descoperirea sa, de atunci această dată a devenit ziua în care se marchează anual la nivel mondial lupta împotriva tuberculozei, descoperire pentru care a primit **Premiul Nobel pentru Fiziologie sau Medicină**, 23 de ani mai târziu.

În România, primele mențiuni despre boală au apărut în scrierile lui Dimitrie Cantemir. Denumirea populară a bolii este oftică. Tuberculoza continuă să reprezinte o problemă de sănătate publică în zilele noastre.

Tuberculoza în România

În România, tuberculoza este una dintre prioritățile de sănătate publică, fiind inclusă în Strategia națională de sănătate. Strategia națională de control al tuberculozei respectă direcțiile stabilite de OMS în Planul Global de stopare a bolii, având ca obiectiv prioritar prevenirea răspândirii infecției prin identificarea cât mai timpurie a persoanelor simptomatice.

Raportul Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) “Supravegherea și monitorizarea tuberculozei în Europa 2021” (cu datele din 2019) arată că România ocupă în continuare primul loc în Uniunea Europeană ca număr de cazuri noi și recidive raportate anual. În 2019, România a raportat un sfert (23,4%) din totalul de 49.752 de cazuri de TBC raportate de cele 29 de țări din Uniunea Europeană (UE) / SEE (Spațiul Economic European). Rata de notificare a cazurilor de TBC în România a fost, la rândul său, cea mai mare de pe teritoriul UE/SEE: 59,9 de cazuri la 100.000 de locuitori, urmată de Lituania, cu 37,9 de cazuri la 100.000 de locuitori. România a raportat cele mai ridicate rate de notificare în rândul copiilor sub 15 ani: 14,1 cazuri la 100.000 de copii cu vârsta cuprinsă între 0 și 4 ani și 12,2 cazuri la 100.000 cu vârsta cuprinsă între 5 și 14 ani.

În Regiunea OMS Europa, 18 țări sunt considerate cu prioritate ridicată cu privire la TBC, iar România se află printre ele. Ca incidență, România ocupă locul 8 în regiune, cu 57,1 cazuri la 100.000 de locuitori. 19,7% din cazurile raportate de țara noastră reprezintă cazuri tratate anterior. Potrivit raportului, motivele pentru procentul ridicat de cazuri tratate anterior includ eșecul clinic sau respectarea slabă a tratamentului în episoadele de tratament anterioare și posibila re-infecție și clasificare greșită în timpul episodului curent de tratament.

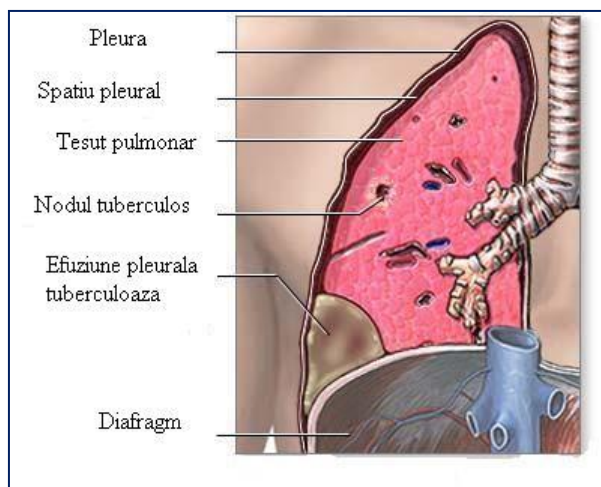
Ce este tuberculoza?

Tuberculoza (TB) este o boală infecto-contagioasă, provocată de bacilul Koch, denumit astfel după numele celui care l-a descoperit în 1882 – Robert Koch. Este produsă de bacteriile incluse în complexul *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. bovis* și *M. africanum*). Tuberculoza poate fi de mai multe feluri: activă, latentă și tuberculoză militară sau diseminată.

Tuberculoza activă

Tuberculoza activă este forma care produce simptome și se poate transmite și altora, necesitând tratament de urgență. Pe măsură ce mecanismele de autoapărare ale sistemului imunitar cedează, bacteriile TBC încep să distrugă macrofagele pentru a putea supraviețui. De aceea, celulele albe se grupează în mănunchiuri foarte strânse numite granuloame. Bacteriile se multiplică în interiorul granuloamelor, silindu-le pe acestea din urmă să crească și să se transforme în noduli tumorali necanceroși. Centrele acestor noduli au consistența brânzei moi. În timp, ele se lichefiază și străpung pereții granuloamelor, iar bacteriile ajung în căile respiratorii și în cavitățile din plămâni. Aerul plin de oxigen din aceste cavități reprezintă un mediu ideal de proliferare pentru bacterii, care se multiplică foarte rapid. Ele se răspândesc astfel în celelalte cavități ale plămânilor și chiar în alte părți ale corpului.

Fără tratament, majoritatea oamenilor care suferă de forma activă a TBC mor. Cei care supraviețuiesc dezvoltă simptome cronice, cum ar fi durerile din zona pieptului și tusea cu sânge. În cazurile fericite, sistemul lor imunitar se recuperează, iar boala intră în remisiune.



Tuberculoza latentă

Tuberculoza latentă este forma care există în organism, dar nu produce simptome și nu este contagioasă, însă în timp poate deveni activă, motiv pentru care necesită tratament de prevenție. Sistemul imunitar intră în acțiune la 2-8 săptămâni după infectarea plămânilor cu *Mycobacterium tuberculosis*. Celulele macrofage specializate (celulele albe din sânge care îngerează microorganismele dăunătoare) încep să înconjoare bacteriile tuberculozei în plămâni. Dacă au succes, bacteriile astfel înconjurate pot rămâne ani la rând într-o stare inactivă. În astfel de cazuri, analizele pentru tuberculoză ies pozitive, dar persoanele nu manifestă simptome și nu sunt contagioase. Se estimează că aproximativ 10% din persoanele cu tuberculoză latentă vor progresa în cursul vieții către o formă activă.

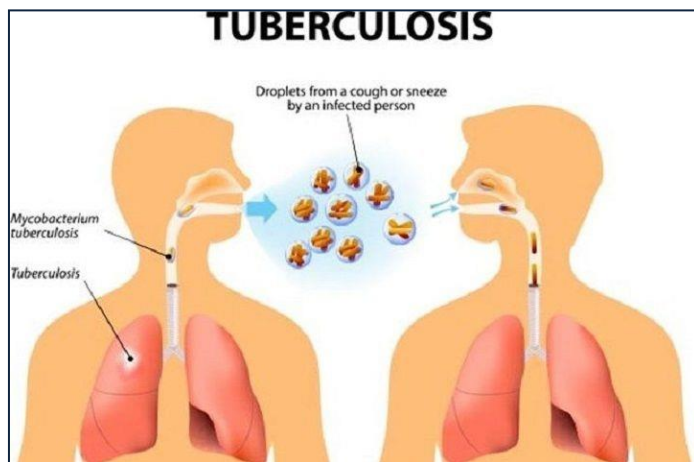
Tuberculoza miliară

Tuberculoza Miliară se mai numește și tuberculoză diseminată în care *M. tuberculosis* ajunge în circulația sangvină cu determinarea mai multor focare de infecție secundară, sub formă de tuberculi albi de mici dimensiuni care se fixează la nivelul țesuturilor. Această formă de boală este întâlnită în general la bolnavii cu sistem imunitar deprimat și copii mici, la aproximativ 10% dintre persoanele diagnosticate cu TBC extrapulmonar având prognostic rezervat chiar și în condițiile administrării unui tratament corespunzător.

În cazul tuberculozei extrapulmonare, infecția poate provoca pleurezie, meningită tuberculoasă, poate afecta sistemul limfatic sau sistemul urogenital și poate apărea inclusiv la oase și articulații, numindu-se tuberculoză osoasă.

Modalități de contaminare

Transmiterea se face interuman, dar și de la animale la om. Contaminarea se produce pe mai multe căi:



- pe cale aeriană, aproape totdeauna pentru bacilul Koch de tip uman. Sursa este omul bolnav de tuberculoză care încă nu a început tratamentul. Pe cale aeriană se transmite prin strănut, tuse sau prin simplul vorbit, fiind o boală extrem de contagioasă din cauza faptului că bacilii Koch se regăsesc în particule microscopice, de diametru 1 - 5 μm , (picături Pfluger), care pot rezista destul de mult timp în aer și pot fi foarte ușor inhalate, ajungând direct în plămâni, ele fiind inhalate cu ușurință de către

persoanele sănătoase;

- pe cale digestivă, în țările unde tuberculoza bovină este frecventă. Transmiterea se face prin ingerarea unor alimente infectate (lapte, unt); în situații excepționale.
- boala poate fi transmisă cutanat, transplacentar, etc.

Persoanele care prezintă cel mai mare risc de infectare TBC sunt bătrânii, sugarii și persoanele care au un sistem imunitar compromis. De asemenea, persoanele care trăiesc în condiții precare, insalubre, lipsite de igienă pot contacta mult mai ușor tuberculoza. În câteva zile după instalarea tratamentului pentru tuberculoză, persoanele devin necontagioase. Conform statisticilor, în țara noastră boala este des întâlnită la persoanele cu vârsta cuprinsă între 35 – 55 de ani și este o maladie a sexului masculin, 2 cazuri din 3 fiind bărbați.

În reactivarea infecției latente un rol important îl joacă factorii declanșatori cum ar fi: alcoolismul, malnutriția, ulcerul gastric, diabetul, infecția HIV, factorii psihoafectivi sau tratamentele imunodepresoare. Din acest motiv, diagnosticarea tuberculozei latente reprezintă o etapă importantă în prevenirea reactivării infecției în special la persoanele cu risc crescut.

Deși este contagioasă, tuberculoza nu este neapărat ușor de luat. De cele mai multe ori, este nevoie de un contact de lungă durată cu o persoană infestată înainte de a te infesta la rândul tău. Există studii care demonstrează că o persoană sănătoasă poate fi infectată dacă stă în aceeași încăpere cu o persoană bolnavă timp de minim 4 ore. Chiar și așa, simptomele pot să apară abia peste foarte mulți ani. Este mult mai probabil să contractezi tuberculoza de la un membru apropiat de familie sau de la un coleg de muncă decât de la un străin într-un restaurant sau în autobuz. De regulă, bolnavii care au o formă activă nerezistentă de tuberculoză și care au fost tratați timp de cel puțin două săptămâni nu mai sunt contagioși.

Răspândirea TBC

La ora actuală, infestările și mortalitatea datorată bolii sunt în creștere. Cele mai grav afectate regiuni sunt zona subsahariană din Africa și Asia de Sud-est. Principala cauză de răspândire a bolii este epidemia de HIV, TBC și HIV au o relație de prietenie letală pentru om, fiecare dinamizând progresul celuilalt. Infestarea cu HIV suprimă sistemul imunitar, făcând dificil controlul bacteriilor TBC. Nu întâmplător, unul din primele indicii ale îmbolnăvirii cu HIV este chiar izbucnirea bruscă a tuberculozei.

Alți factori care contribuie la răspândirea TBC sunt:

- persoane paupere, fără adăpost;
- infecții HIV;
- utilizatorii de droguri și alcool în exces;
- scăderea imunității: transplant de organe, boli autoimune, tratament imunosupresor;
- afecțiuni cronice: diabet zaharat necontrolat, ciroză, rezecții gastrice, hemodializă etc;
- persoane din colectivități gen instituții corectionale, penitenciare, cămine- spital, azile;
- muncitorii expuși la noxe profesionale cu pulberi silicogene care dezvoltă pneumoconioze;
- factori de mediu: cataclisme, războaie, migrații;
- vârste extreme: copii mici (<5 ani) și vârstnicii;
- boli maligne: cancere, limfoame, leucemii;
- contactii persoanelor cu tuberculoză: familia, prietenii;

Persoanele cu risc crescut de expunere la TB sunt:

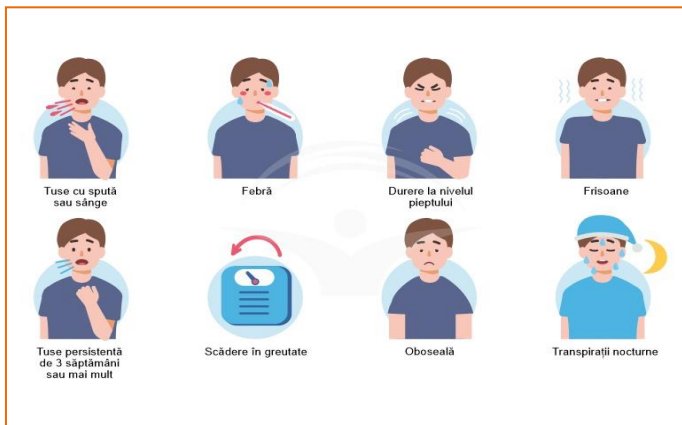
- contactii persoanelor infectate cu TB;
- persoane, inclusiv copii, care au emigrat în ultimii 5 ani din zone care au o incidență ridicată a TB;
- locuitorii și angajații din instituțiile cu risc ridicat (închisori, case de îngrijire medicală, persoane fără adăpost, centre de tratament și spitale);
- populații cu venituri scăzute;
- populațiile minoritare;
- sugari, copii și adolescenți expuși;
- persoanele care își injectează droguri ilicite sau alți utilizatori de substanțe cu risc ridicat.

Simptomatologie

Simptome generale și pulmonare

Simptomele sunt puține și cu agravare progresivă, ceea ce îl face pe pacient să se prezinte târziu la medic:

- tusea care durează mai mult de 3 luni - este cel mai frecvent simptom al bolii. Inițial este seacă, ulterior productivă sau uneori hemoptoică (cu striații de sânge);
- durere toracică sau durere care apare la respirație ori tuse;
- dificultăți de respirație (dispneea);
- scădere ponderală;
- fatigabilitate;
- inapetență;
- febră sau stare subfebrilă (37-38 grade) prelungită sau intermitentă, mai ales seara;
- transpirații nocturne profuze, reci, bolnavul se trezește acoperit de o sudoare excesivă.



Simptome extrapulmonare

În cazul TBC extrapulmonare, simptomele țin de organul unde s-a răspândit infecția. De exemplu:

- rinichi - dureri și urină cu sânge (hematurie), progresie spre cistita TBC;
- ganglionii se pot mări în volum, comprimă structurile învecinate dacă se află în interior (hilari, mediastinali) sau pot abceda eliminând conținutul cazeos;
- organele genitale - La bărbați, tuberculoza genitală determină mărirea scrotului. La femei, provoacă dureri pelvine și nereguli menstruale și crește riscul unei sarcini extrauterine;
- meninge - Meningita tuberculoasă provoacă febră, dureri de cap, rigiditate a gâtului, greață, confuzie, convulsii și somnolență, simptome care pot duce la comă;
- pericard (învelișul inimii) - Infecția TBC limitează capacitatea inimii de a pompa și provoacă febră, dureri în piept, vene mărite ale gâtului și dificultăți de respirație.

Investigații:

Pentru o diagnosticare corectă, este nevoie, în primul rând, de un examen fizic realizat de un medic specialist. Acesta va verifica nodulii limfatici, pentru a vedea dacă sunt umflați și va folosi un stetoscop pentru a asculta sunetele realizate de plămâni în timpul respirației (raluri). De multe ori, însă, pentru a confirma sau pentru a vedea despre ce tip de tuberculoză este vorba, doctorul va recomanda și o serie de investigații:

Testul cutanat - IDR la tuberculină: se injectează în piele la nivelul antebrațului o cantitate mică de fluid care conține tuberculină și se citește rezultatul la 72 ore. Rezultatul pozitiv presupune apariția unei indurații roșii cu diametru mai mare de 10 mm la locul injectării.

Testul de sânge este folosit pentru a confirma sau a respinge tuberculoza activă sau latentă. Prin acest test, se măsoară reacția sistemului imunitar la bacteria *M. tuberculosis*.

Examenul de spută - Standardul actual în diagnosticul și monitorizarea pacienților cu tuberculoză este examenul de spută (secreție de mucus din bronhii eliminată prin tuse) cu efectuarea culturii și a antibiogramei. Pentru cei care nu expectorează poate fi necesară bronhoscopia pentru aspirarea secrețiilor din bronhii. Dacă pacienții sunt simptomatici și au examenul microscopic direct (colorația Ziehl-Neelsen) pozitiv, se începe tratamentul antituberculos, chiar dacă nu avem rezultatul culturii (prin metodele clasice rezultatul este gata în 60 de zile).

Radiografia pulmonară se face la pacienții simptomatici (cel puțin tuse de minim 3 săptămâni), persoanele cu care un pacient diagnosticat cu TB a venit în contact. Dacă modificările de pe radiografie sunt foarte sugestive pentru tuberculoză și pacientul este simptomatic, medicul pneumoftiziolog poate decide începerea tratamentului antituberculos, deși examenul de spută este negativ (deoarece cultura poate fi pozitivă).

Testarea HIV este recomandată la toți pacienții diagnosticați cu tuberculoză, deoarece uneori tuberculoza poate fi prima manifestare în cadrul SIDA.

Diagnosticul de tuberculoză

Tuberculoza primară

- Este tuberculoza specifică copilului;
- Contactul copilului cu un bolnav de tuberculoză;
- IDR la tuberculină pozitiv;
- Context clinic sugestiv: tuse persistentă peste 3 săptămâni, febră mică, scădere ponderală;
- Aspect radiologic: adenopatii hilare, condensări, reacții pleurale, miliară tuberculoasă;
- Ex bronhoscopic: infamația bronhiilor, secreții, ulceratii, stenoze și compresii bronșice;
- Ex bacteriologic pozitiv: din aspirat bronșic sau aspirat gastric matinal;

Tuberculoza secundară

- Este tuberculoza specifică adultului;
- Diagnostic clinic: tusea persistentă de cel puțin 3 săptămâni este simptomul dominant, alte simptome: tuse cu sânge, lipsa de aer, scădere în greutate, febră;
- Diagnostic radiologic: leziuni infiltrative, cavitare etc;
- Diagnostic bacteriologic: din spută sau alte produse (aspirat bronșic) confirmă diagnosticul;
- Diagnosticul tuberculozei extrapulmonare: este dificil și se face în special prin examen histopatologic din organul afectat. Este în responsabilitatea medicului specialist de organ; Cele mai frecvente localizări sunt: pleurezia TB, limfadenita TB, TB osteo-articulară, TB uro-genitală, pericardita TB, TB peritoneală și ascita TB, TB gastro-intestinală, laringita TB, TB oculară, TB otică, TB endocrină, TB cutanată, meningită TB.

Tratamentul tuberculozei

Tratamentul este gratuit în România chiar și pentru pacienții care nu au asigurarea obligatorie de sănătate.

Abia la jumătatea secolului XX, odată cu descoperirea antibioticelor, o serie de infecții și-au găsit leacul. În tuberculoză, după câteva zeci de ani în care s-au făcut diverse asocieri, descoperirea rifampicinei a dus la stabilirea unui regim de tratament standard. Asta înseamnă că oriunde în lume, oricine face tratament, va primi aceeași schemă de tratament, se vor respecta aceleași principii de tratament.

Este recomandat ca tratamentul tuberculozei să fie început în spital. Astfel, se pot identifica și corecta eventualele efecte adverse ale medicamentelor, pacientul are timp să se refacă și să învețe cum trebuie luat tratamentul, dar mai ales este izolat de restul lumii pe perioada cât mai este contagios. Se apreciază că bolnavul nu mai este practic contagios după



primele 2-3 săptămâni de tratament, dar având în vedere că de obicei în acest moment el încă expectorează spută cu bacili, pacienții sunt menținuți internați cel puțin o lună.

Pacientul este externat după 1-2 luni de tratament și trebuie să se adreseze dispensarului teritorial de pneumoftiziologie, care-i va da în continuare tratamentul gratuit, îi va face controale periodice și îl va declara vindecat la sfârșitul tratamentului.

Regimuri terapeutice

Regimul I se adresează tuturor pacienților cu tuberculoza nouă, netratată anterior, durează 6-9 luni și ar trebui să includă:

- faza intensivă inițială de 2 luni;
- faza de continuare de la 4 la 7 luni

Terapia inițială intensivă în prima fază conține 4 antibiotice:

- zoniazida (INH)
- Rifampicina (RIF)
- Pirazinamida (PZA)
- Etambutol (EMB)

După 2 luni de tratament intensiv cu cele 4 medicamente, PZA și, de obicei, EMB sunt oprite.

Terapia trebuie monitorizată permanent pentru depistarea efectelor toxice ale medicației.

Regimul II de tratament este indicat pentru persoanele care au mai fost tratate anterior de tuberculoză și sunt diagnosticate cu recidivă tuberculoasă, eșec sau abandon terapeutic. Acest regim durează 8 luni.

Regimul individualizat este recomandat pacienților cu reacții adverse severe la tratament și celor cu tuberculoză rezistentă la medicamentele de linia I. În aceste situații, se folosesc medicamente de linia II, timp de 18 luni și uneori este nevoie de rezecția chirurgicală a zonei pulmonare afectate.



Cu această schemă de tratament se poate obține vindecarea la cel puțin 85% din pacienții cu tuberculoză sensibilă, dacă este corect urmat. Fiecare pacient are o fișă de tratament, în care se notează în fiecare zi dacă a luat sau nu tratamentul. În cazul în care tratamentul se întrerupe pentru câteva zile din diverse cauze (ex: apariția reacțiilor adverse), acele zile se adaugă la sfârșit, astfel încât tratamentul să fie complet. Pe parcursul

tratamentului efectul tratamentului e monitorizat prin prelevare periodică a sputei/expectorației la interval de 2 luni. Vindecarea este declarată la încheierea tratamentului dacă rezultatele la culturi pentru *Micobacterium Tuberculosis* sunt negative (microbul este mort).

Este ideal ca tratamentul să fie administrat sub directă observare a cadrelor medicale pe toată durata lui (**DOT-Directly Observed Treatment**). Acest lucru a dus la o mai bună complianță din partea bolnavilor, și la scăderea ratelor de recidivă, mortalitate și MDR-TB. Pacientul ar trebui să înghită medicamentele în fața asistentei care îi dă doza pe o zi. DOT este obligatorie în spital și este de dorit să se desfășoare și în ambulator. Având în vedere că multe dispensare de pneumoftiziologie sunt la distanță de localitățile de domiciliu ale pacienților, este

bine să se colaboreze cu medicul de familie din apropierea pacientului, care poate organiza administrarea sub directă observare a tratamentului în satul unde locuiește bolnavul.

Riscurile abandonului tratamentului împotriva TBC

Unii pacienți întrerup tratamentul înainte de termen, riscând ca boala să recidiveze mai devreme sau mai târziu. Orice reacție neplăcută care apare în perioada de tratament trebuie comunicată medicului curant, iar acesta va lua decizii în beneficiul pacientului astfel încât să asigure și vindecarea tuberculozei. Dacă tratamentul este întrerupt înainte de 6 luni, leziunile nu se sterilizează, rămân suficienți bacili în ele pentru a duce la recidiva bolii după un interval de liniște.

Mai mult, la orice tratament întrerupt înainte de vindecare, microbul poate dezvolta rezistență la unul sau mai multe dintre medicamentele folosite ca primă intenție în regimul standard. Cu cât sunt mai multe întreruperi și mai multe reluări de tratament, cu atât cresc șansele ca microbul să devină rezistent la izoniazidă sau la rifampicină. Rezistența asociată la cele 2 medicamente esențiale pentru vindecarea tuberculozei sensibile (izoniazida și rifampicina) poartă numele de multidrogrezistență cu prescurtarea MDR, iar pentru situațiile în care microbul este rezistent și la alte medicamente (injectabile și quinolone), respectiv XDR, șansele de vindecare scad foarte mult.

O problemă importantă de sănătate publică o reprezintă MDR-TB care apare în special din cauza non-compliancei pacienților la tratament (în special cei cu un nivel educațional precar, consumatorii de droguri, bolnavii HIV-SIDA, persoanele fără adăpost etc). La această categorie de bolnavi, tratamentul este de lungă durată, cu efecte adverse mai multe și un succes terapeutic mult mai mic (aprox. 20%) decât la tuberculoza chimiosensibilă (succes terapeutic de 100% în absența altor boli grave asociate sau a efectelor adverse majore).

Dacă pacienții sunt suspectați de MDR-TB (pacienți care au abandonat tratamentul anterior, recidivele, familiile bolnavilor cu MDR-TB etc.), se formează o comisie MDR, care stabilește tratamentul bolnavului bazat pe date epidemiologice (ex: contacti MDR cunoscuți la care o anumită schemă de antibiotice a funcționat), până în momentul sosirii antibiogrammei, care confirmă sau infirmă MDR-TB. Dacă se confirmă MDR-TB, tratamentul este lung (18-24 de luni), zilnic, cu medicamente mai puțin eficiente, cu reacții adverse mai multe și cu o rată de succes mai mică.

Tratamentul chirurgical: Înaintea apariției antibioticelor era mult mai des utilizat și consta fie în îndepărtarea porțiunii de plămân afectată (rezeccii atipice, lobectomie, pneumonectomie), fie în colabarea plămânului afectat (procedeul Iacobeus). În prezent, chirurgia se rezumă la **tuberculoza cazeos-circumscrisă** (tuberculomul), excizia zonelor de plămân care s-au vindecat cu **sechele importante** și care au risc crescut de cancer pulmonar (în special adenocarcinom), de sângerare sau de colonizare cu fungi (în special *Aspergillus fumigatus*) sau în cazul **tuberculozei rezistente la cele mai multe antibiotice**, unde nu mai există alte resurse terapeutice.

Evoluția tuberculozei

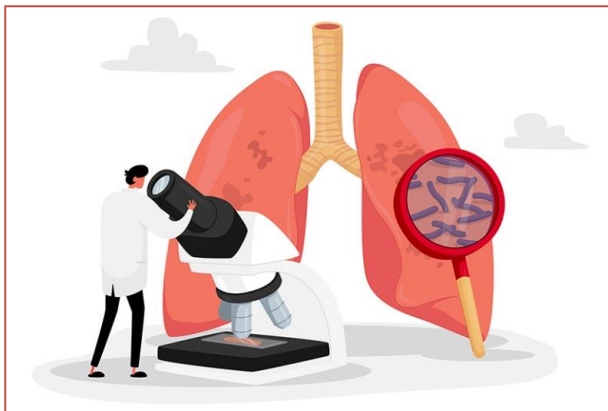
Netratată, tuberculoza nu se vindecă!

Nu trebuie uitat ca până în era antibiotică diagnosticul de ftizie era sinonim cu moartea! Cavitățile din plămâni se măresc și se extind, bolnavul slăbește și cade la pat și în cele din urmă moare prin insuficiență respiratorie sau o hemoptizie masivă. Asistăm și azi la cazuri în care bolnavii zac acasă 6-8 luni, până când sunt aduși la spital cu salvarea. Tratată, tuberculoza este una dintre cele mai vindecabile boli infecțioase. Tratamentul este foarte eficient în a omorî microbii și a permite vindecarea plămânilor. Cu cât tratamentul este început mai repede, cu atât

boala se vindecă cu mai puține sechele. Un bolnav de tuberculoză vindecat redevine un om normal, se poate reintegra social și își poate continua viața de unde i-a întrerupt-o boala.

Complicații:

- **Hemoptizie:** presupune tuse cu sânge. Cel mai adesea cantitatea de sânge este mică, amestecată cu spută și dispare după inițierea tratamentului; rareori există hemoptizie masivă care poate pune viața în pericol și care necesită chiar intervenție chirurgicală pentru a opri sângerarea.
- **Pneumotorax:** pătrunderea aerului între foițele pleurale care învelesc plămânul și colabarea plămânului cu senzație de respirație dificilă. Apare datorită ruperii unei cavități tuberculoase situate la periferia plămânului. Uneori apare și empiem pleural prin drenarea de puroi din plămân în pleură, cu comunicare printr-o fistulă pleuro-pumonară. Tratamentul constă în medicație anti-TB, drenaj pleural (eliminarea aerului prin introducerea unui tub steril în pleură) sau chiar intervenție chirurgicală pentru fistula pleurală.
- **Bronsiectazii:** dilatații bronșice localizate, cauzate de fenomenele de inflamație și fibroză care exercită efecte de tracțiune asupra bronhiilor. Cel mai adesea bronsiectaziile se asociază cu apariția de hemoptizii, deoarece apare și dilatarea vaselor de sânge din zonele afectate care se pot rupe ușor.
- **Distrucție pulmonară extinsă:** se caracterizează prin afectarea progresivă și extensivă a unei zone pulmonare, a unui plămân în întregime sau a ambilor plămâni. Apare în tuberculoza primară la copil, dar și în cazul evoluției cronice la adult în lipsa tratamentului adecvat (ex abandon terapeutic).
- Clinic se manifestă prin scădere în greutate, respirație dificilă, tuse cu sânge, având potențial crescut de deces, iar radiologic apar cavități mari asociate cu fibroză extinsă. Gangrena pulmonară reprezintă o formă acută de distrucție cu necroză pulmonară grefată de mortalitate crescută (> 75%).



Implicații sociale și psihologice

Tuberculoza nu este numai o problemă personală a celui bolnav, ci este o problemă colectivă, fiind o boală contagioasă. Prin urmare, un om care s-a îmbolnăvit fără voia lui, dar face tot ce poate să se trateze și să se vindece trebuie privit cu compasiune și sprijinit, iar unul care se știe bolnav, dar refuză să se trateze trebuie încurajat să se adreseze serviciilor medicale.

Tuberculoza este adesea privită ca o boală "a mizeriei" și de aceea mulți bolnavi nu vor să-și recunoască boala. Le e teamă că vor fi evitați de colegi și prieteni și dați afară de la serviciu. Din păcate, refuzul unora merge până acolo că refuză asistența medicală, spitalizarea, tratamentul, ceea ce-i transformă în adevărate "bombe biologice" pentru cei din jur.

Tuberculoza nu trebuie privită cu dezgust, ci ca pe o problemă serioasă, cu cauze cunoscute, dar și cu soluții la îndemână, care trebuie rezolvată. O viață echilibrată, cu mese la intervale regulate, fără excese alimentare, fără consum de alcool, fără deprivare de somn, vor duce la o reluare a activității fizice și reîntoarcere la locul de muncă și la o viață normală, uneori chiar înainte de încheierea tratamentului medicamentos. Care sunt condițiile pe care trebuie să le respecte pacientul ca să se vindece de tuberculoză? Este datoria comunității să înțeleagă că un

pacient vindecat este o persoană redată familiei și societății în totalitate, de aceea orice efort trebuie îndreptat pentru acest atingerea acestui scop.



Stigmatizarea e la fel de dureroasă ca boala!

Nu înțelegeam de ce unii pacienți după externare, atunci când te întâlneai cu ei pe stradă, se făceau că nu te cunosc și nu te salutau. Devenind mai “veche în meserie” am înțeles că le era rușine ca nu cumva să-i vadă cineva că vorbește cu noi pentru că noi lucrăm la “TBC”. Au fost pacienți care ne-au mulțumit foarte mult în momentul externării pentru că i-am susținut, încurajat, le-am dat sfaturi și i-am învățat că odihna și o alimentație bună, renunțarea la

fumat, pe lângă tratamentul medicamentos, îi va ajuta în vindecare. O vorbă bună și o încurajare, pe lângă supravegherea atentă a administrării tratamentului, a dus la vindecarea multor pacienți în spitalul nostru. La externare explicăm și familiei că pacientul are toate șansele să devină un om sănătos care se poate integra în societate fără niciun risc și că nu trebuie privit ca “un ciumat” pentru că stigmatizarea acestor pacienți uneori începe chiar din propriile familii.

Rolul nostru, al asistentului medical, devine astfel fundamental în prevenirea răspândirii bolii. Suntem parte dintr-o comunitate internațională de practicieni. Prin efort, competențe și profesionalism vom participa activ la atingerea obiectivelor de dezvoltare durabilă, ținând în special asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor, la orice vârstă.

Profilaxie:

Cea mai bună metodă de prevenție a tuberculozei este **vaccinarea**. Vaccinul împotriva TBC se numește BCG (Bacillus Calmette-Guérin, denumit astfel după medicii francezi care l-au inventat) și face parte din schema pentru România. Vaccinul antituberculoză se administrează nou-născuților în primele 2-7 zile de viață și, conform studiilor, asigură o imunitate de cel puțin 15 ani, însă acest aspect depinde de la persoană la persoană, în funcție de anticorpii dezvoltați după vaccinare.

- **Chimioprofilaxia:** împiedică dezvoltarea unei tuberculoze active la persoanele care au venit în contact cu o sursă de infecție. Se adresează în special copiilor și adolescenților cu IDR >10 mm, dar și persoanelor imunosupresate cu IDR >5 mm.
- **Controlul transmiterii infecției TB** – măsuri generale:
 - izolarea și tratamentul prompt al bolnavilor diagnosticați;
 - igiena tusei- previne răspândirea bacililor în atmosferă;
 - scăderea densității bacililor în aerul din spațiile închise: ventilație eficientă, lumină naturală (radiația solară), lămpi cu radiații ultraviolete;
 - însușirea unui stil de viață sănătos (mese regulate, evitarea fumatului, a consumului de alcool și droguri), evitarea locurilor aglomerate;
 - prezentarea în cel mai scurt timp la medic în cazul apariției simptomelor descrise mai sus;
 - prezentarea la Dispensarul Teritorial de Pneumoftiziologie dacă ați venit în contact cu o persoană bolnavă de TB;
 - profilaxia infecției HIV/SIDA (poate duce la apariția tuberculozei la persoanele infectate TB prin scăderea imunității organismului);
 - campanii de informare despre TB îndreptate în special către categoriile sociale defavorizate.

BIBLIOGRAFIE:

- *The New Tuberculosis* - <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199203053261011>
- *Immunology of Tuberculosis* – <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.immunol.19.1.93>
- *History of Tuberculosis* - <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1128/9781555818357.ch2>
- *NHS Choices* - <https://www.nhs.uk/conditions/tuberculosis-tb/>
- *American Lung Association* - <https://www.lung.org/lung-health-and-diseases/lung-disease-lookup/tuberculosis/tuberculosis-symptoms.html>
- *World Health Organization* - <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- *Societatea Romana de Pneumologie 2013 – 2017*
- *Chiriță C, Marineci CD. Agenda medicală. Ediția de buzunar. București: Editura Medicală; 2020.*
- www.mayoclinic.org
- *Dr. Cornelia Paraschiv, Senior Medical Editor- regina Maria*

ATEROSCLEROZA – SEMNALUL DE ALARMĂ AL ORGANISMULUI

Autor: As. med. gen. Elena-Carmen BELCHITĂ

Ateroscleroza este o afecțiune cronică, progresivă a pereților arterelor mari și mijlocii (nu și a celor mici) produsă de procese concomitente complexe degenerative și reparatorii în intimă. Termenul de “ateroscleroză” provine din limba greacă, din cuvintele: “athero” = pasta și “sclerosis”= întărire, înțepenie, de aici și numele bolii, cunoscută popular drept “întărirea arterelor”. Rezultă două leziuni fundamentale: **Îngroșarea fibroasă** a stratului subendotelial și **placa de aterom** constituită din depuneri lipidice. Tulburările circulației arteriale și complicațiile rezultă din două consecințe ale acestor leziuni aterosclerotice: Indurația, rigiditatea, dilatația, anevrismul și rupturile arteriale și micșorarea și obliterarea lumenului arterial.

Afecțiunea debutează ușor și progresează treptat. Apare în general după vârsta de 40 de ani și este mai frecventă la bărbați decât la femei. Ateroscleroza este o leziune a intimei arteriale, fie



endarterială, fie predominantă în intimă și afectează arterele mari și mijlocii din tot organismul, arteriolele fiind de obicei neafectate. Este un proces progresiv, lent obstructiv, uneori duce la tromboza “acută” a lumenului.

Aceste procese se succed în următoarele etape:

Leziunile inițiale – exclusiv în intimă, în straturile profunde ale acesteia, sunt focare de degenerescență mixoidă a substanței fundamentale sub formă de edem ce disociază materialul fibro-elastic și distruge fibrele colagene;

Stadiul de lipoliză – când apare depunerea secundară de lipide. Astfel, în stratul profund al intimei, în apropierea limitantei elastice apar lipofagele (“celulele spumoase”) încărcate cu grăsime neutra și colesterolină, care confluează formând granuloame lipofage ce distrug fibrele elastice ale limitantei concomitent cu hiperplazia fibrelor colagene. Acest stadiu realizează doar indurația peretelui, încă nu produce strâmtarea reală a arterei, dar putem afirma că este preludiul ei.

Stadiul leziunilor aterosclerotice constituite – apar cele două leziuni: *placa fibroasă și placa de aterom*.

Placa fibroasă: este o îngroșare circumscrisă a intimei prin cele două procese - scleroza hipertrofică și necrozarea inițială a granuloamelor lipofage, iar ulterior scleroza extensivă atât în suprafață cât și în profunzime, urmată de îngroșarea stratului subendotelial, fragmentarea limitantei elastice și în consecință, micșorarea lumenului.

Placa de aterom: este o placă fibroasă formată dintr-o masă amorfă de depunere colesterolo-lipidică cu fisuri, în care procesul autolitic de degenerescență care începe în centrul plăcii de aterom produce necrozare. În jurul necrozei apare scleroza mai groasă și mai densă spre endoteliu și mai subțire și mai laxă sub placa de necroză. Acesta este stadiul în care leziunea ateromatoasă realizează un obstacol real și reduce considerabil lumenul.

CAUZE:

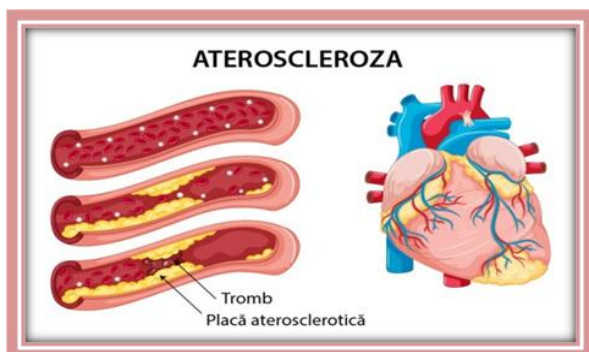
Ateroscleroza debutează în momentul în care apare inflamația la nivelul endoteliului peretelui arterial. Un nivel ridicat al colesterolului; Inflamația în cazul unor afecțiuni ca lupusul sau artrita; Învățarea în vârstă – odată cu înaintarea în vârstă, inima și vasele de sânge trebuie să depună efort suplimentar pentru a permite circulația, arterele devenind mai slăbite, mai puțin elastice și astfel crescând riscul de acumulare a plăcii de aterom.

FACTORI FAVORIZANȚI:

- Obezitatea – imprimă o evoluție mai gravă și este mai frecventă la femei;
- Diabetul – este un factor agravant major;
- Hipertensiunea arterială – poate crește considerabil fragilitatea unor artere și implicit apariția inflamației;
- Sedentarismul – crește riscul de ateroscleroză, diabet și obezitate. Este cunoscut faptul că activitatea fizică regulată și susținută stimulează ritmul cardiac și circulația sângelui în organism;

- Ereditatea – după vârsta de 60 de ani evoluția spre agravare este mai rapidă și mai frecventă;
- Consumul redus de fructe și legume;
- Consumul excesiv de alcool;
- Fumatul – hipoxia peretelui arterial este favorizată într-o măsură covârșitoare de oxidul de carbon din fumul de tutun;
- Stresul.

SIMPTOME:



În primele stadii ale bolii ateroscleroza nu are simptome, manifestările ei apar destul de târziu când o arteră este atât de afectată încât nu mai poate transporta eficient sângele spre organele din corp, iar tratamentul devine obligatoriu. În funcție de intensitatea simptomelor, ateroscleroza poate fi moderată sau severă.

Durere sau presiune în piept (angina pectorală) - dacă sunt afectate arterele de la nivelul inimii;

Slăbiciune sau lipsa forței musculare la nivelul membrelor, asociate cu: tulburări de vedere, discurs incoerent, tulburări de memorie, asimetrii la nivelul feței – atunci când blocajul arterial afectează circulația la creier (pot fi și semne ale unui AVC);

HTA sau insuficiența renală – dacă sunt blocate arterele renale;

Durere la nivelul picioarelor în timpul mersului – dacă sunt afectate arterele periferice;

Dureri abdominale – pot incrimina afectări ale aortei abdominale sau a vaselor mezenterice.

Plăcile de ateroscleroză pot cauza trei mari probleme cardiace:

Afecțiuni coronariene: plăcile de aterom din arterele inimii pot cauza dureri în piept (angina). Desprinderea spontană sau formarea de cheaguri de sânge poate duce la atac de cord;

Afecțiuni cerebro-vasculare: desprinderea de plăci în zona arterelor din creier poate duce la AVC și chiar la leziuni permanente ale creierului în zona afectată. Blocajele temporare din arterele din creier pot cauza și atacuri ischemice temporare (TIA) ce pot indica un viitor AVC.

Afecțiuni ale arterelor periferice: apar atunci când plăcile de aterom se stabilesc pe arterele membrelor inferioare. Acest lucru poate duce la o circulație deficitară, durere la mers, răni care nu se vindecă. În cazuri severe este necesară amputarea membrului afectat.

COMPLICAȚII:

În lipsa tratamentului, ateroscleroza poate avea complicații grave precum:

- boala arterială coronariană;
- anevrism cerebral;
- atac de cord
- accident vascular cerebral;

- insuficientă cardiacă;
- afecțiuni cronice ale rinichilor.

DIAGNOSTIC:

Prima etapă de diagnostic în ateroscleroză o reprezintă istoricul medical complet. Pentru a putea decela ateroscleroza ca diagnostic de primă instanță, este nevoie să se efectueze anumite investigații suplimentare:

Teste de sânge - utile pentru identificarea glicemiei, colesterolemiei, trigliceridemiei și a markerilor inflamatori;

Ecografia Doppler - posibil cea mai importantă investigație imagistică în depistarea aterosclerozei, întrucât evaluează gradul de obstrucție al vasului ;

Angiografia cu rezonanță magnetică (MRA) sau angiografia cu tomografie computerizată (CTA);

Electrocardiograma - este o investigație extrem de uzuală, ușor de efectuat, care oferă o multitudine de informații despre posibile afecțiuni ale cordului;

Ecocardiografia - oferă informații despre structura cordului;

Testul de efort - evaluează gradul obstrucției vaselor de sânge, prin apariția semnelor unui flux insuficient de sânge la nivelul cordului.

TRATAMENTUL ÎN ATEROSCLEROZĂ:

MEDICAMENTOS – poate încetini procesul și/sau chiar stopa formarea plăcilor de aterom:

Statine- pentru reducerea colesterolului;

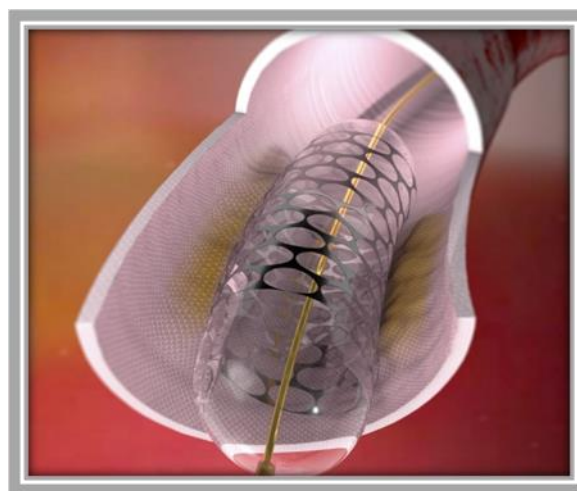
Anticoagulant e- previn formarea cheagurilor de sânge;

Beta blocante și diuretice- pentru reducerea hipertensiunii arteriale;

Vasodilatatoare – dilată vasele de sânge;

Medicamente pentru normalizarea glicemiei – în cazul pacienților cu diabet.

Angioplastie și implantare de stent – această procedură minim invazivă presupune curățarea depozitelor de pe artera blocată ori îngustată și implantarea unui stent, adică a unui dispozitiv care ajută la vindecarea arterei după intervenția suferită.



Endarterectomie – această procedură chirurgicală presupune îndepărtarea depozitelor de grăsime de pe pereții arterelor afectate de ateroscleroză.

Terapia fibrinolitică – procedura aceasta presupune folosirea unei substanțe medicamentoase care dizolvă cheagurile de sânge formate pe artere.

Operația de bypass – această procedură presupune folosirea unei artere sănătoase din altă parte a corpului pentru grefarea ei pe artera bolnavă. Astfel, se creează un pasaj care ocolește porțiunea bolcată a arterei.

Scopul tratamentului în ateroscleroză, atât medicamentos cât și chirurgical, este:

- reducerea riscului formării cheagurilor de sânge care pot bloca arterele;
- prevenirea complicațiilor ce pot apărea din cauza aterosclerozei;
- reducerea factorilor de risc care favorizează depozitele de pe pereții arterelor;
- ameliorarea simptomelor.
- dilatarea arterelor.

RECUPERAREA după intervenția chirurgicală:

În cazul procedurilor ușoare pacientul se poate mobiliza la 2–6 ore de la intervenție însă în următoarele 2-5 zile se recomandă odihnă și evitarea unor activități obositoare.

De asemenea, primele „linii de apărare” împotriva aterosclerozei sunt de obicei schimbări în stilul de viață (renunțare la fumat, alimentație sănătoasă, evitarea stresului, exerciții fizice regulate) și nu în ultimul rând respectarea tratamentului administrat

Trebuie menționat că mulți dintre factorii de risc în ateroscleroză (obezitatea, hipertensiunea arterială, nivelul ridicat de colesterol, etc) apar de regulă ca urmare a: fumatului, unei diete bogate în grăsimi, dulciuri și alimente procesate, de tip fast-food.

De aceea, în ceea ce privește alimentația, bolnavul cu ateroscleroză trebuie să respecte un principiu fundamental, și anume “o hrană sănătoasă pentru inimă și vasele de sânge este bogată în fructe, legume și cereale integrale și este săracă în grăsimi de origine animală”.

Alimente permise

lapte și derivate: lapte degresat, iaurt, brânză slabă desărată

carne și pește: carne slabă de vacă, vițel, pasăre, pește slab (fierte, la cuptor, la grătar, fără grăsimi)

ouă: albuș în diferite preparate

pâine: integrală intermediară, covrigi

făinoase: grîș, orez, fulgi de ovăz

legume: spanac, fasole verde, roșii, conopidă, varză, morcovi (fierte, înăbușite, salate)

fructe: permise din abundență proaspete sub formă de sucuri, coapte sau pireuri

grăsimi: limitat, 70g/zi se permit uleiuri bogate în acizi grași polinesaturați, sub formă crudă în salate, uleiuri presate la rece

dulciuri: cele preparate din albuș (spume, bezele), tarte cu fructe, gelatine cu fructe

băuturi: ape minerale, ceaiuri din plante, sucuri de fructe și legume

condimente: mărar, pătrunjel, dafin, muștar, oțet



Alimente interzise:

lapte și derivate: brânzeturi sărate, grase, fermentate (telemea, brânzeturi topite)

carne și pește: carne grasă, viscere de orice fel, mezeluri, pește gras, conserve, afumături

ouă: gălbenuș sub orice fel, în exces

pâine: pâine cu sare în exces

legume: leguminoase uscate (fasole, mazăre), țelină, gulii, ciuperci, murături cu sare,

fructe: smochine, curmale, migdale, nuci, alune, arahide

grăsimi: unt, untură, margarină, slănină (toate grăsimile bogate în acizi grași saturați)

dulciuri: toate preparatele cu ou, înghețate, creme cu unt, frișcă, foietaje, ciocolată, dulciuri concentrate

băuturi: băuturi alcoolice sub orice formă, ceaiul de mentă, cafeaua tare

condimente: iuți, boia, piper, muștar cu sare, hrean

alimente de tip fast-food și intens procesate

Din cauza faptului că tratamentul aterosclerozei poate doar să scadă probabilitatea apariției complicațiilor, aplicarea metodelor de prevenție reprezintă o măsură crucială atât în evitarea apariției plăcii de aterom, cât și în reducerea riscului unei evoluții nefavorabile a uneia preexistentă.

Prevenirea aterosclerozei se poate realiza prin adoptarea unei diete sănătoase, cu evitarea grăsimilor saturate și a zahărului, scăderea greutatei corporale, practicarea exercițiilor fizice, tratamentul corect al diabetului zaharat și al HTA.

Nu în ultimul rând, controalele medicale periodice, în absența unei suferințe anume, mai ales la bărbații peste 60 de ani și la femeile aflate la menopauză, pot surprinde această boală la începutul evoluției sale, ceea ce o face mult mai ușor de tratat în continuare.

CANCERUL DE SÂN – AFECȚIUNEA CARE, ÎN ANUL 2021,

A CAUZAT CELE MAI MULTE DECESE ÎN LUME

Autor: As. med. pr. Cristina LEUȘTEAN, Spitalul de Pediatrie Pitești



Cancerul de sân este cea mai frecventă formă de cancer la femei și a doua cauză a deceselor provocate de tumorile maligne, după cancerul de plămân, la populația feminină.

Boala se declanșează atunci când unele celule din structura glandei mamare capătă anumite mutații la nivel genetic și se înmulțesc incontrollabil, formând o tumoră.

Se estimează că 1 din 8 femei va fi diagnosticată de-a lungul vieții cu această boală. Însă cancerul de sân nu este apanajul doar al femeilor, el fiind întâlnit, rar, și la bărbați. La nivel global, 1,7 milioane de cazuri de cancer mamar sunt diagnosticate anual și mai mult de jumătate dintre paciente decedază din această cauză; numărul cazurilor la bărbați reprezintă 1% din total.

Sfatul pe care îl recomand oricărei femei este : „Acordă atenție semnalelor pe care organismul încearcă să ți le transmită, chiar dacă acestea sunt vagi sau înșelătoare”, cum se întâmplă frecvent în cazul cancerelor aflate în stadiu incipient. Am întâlnit paciente, care n-au putut trece la începutul bolii peste sentimentul de frică, de sfială, au refuzat, au respins ideea și au ajuns târziu în cabinetele de specialitate. Tratamentul are eficacitate maximă când boala este depistată precoce, înainte ca celulele maligne să se răspândească în alte organe. Dacă pacienta ajunge mai repede la medic, cu atât mai mari sunt șansele de vindecare, mai ales dacă tumora poate fi îndepărtată chirurgical.

Screening-ul pentru cancerul de sân ajută la depistarea tumorilor care sunt prea mici pentru a fi palpate. Screening-ul nu previne dezvoltarea cancerului de sân, dar ajută la depistarea bolii în stadii incipiente, când șansele de reușită a tratamentului sunt mult mai mari.



Cancerul mamar depistat precoce este vindecabil, pe când pentru cancerul depistat tardiv se poate doar prelungi durata vieții și îmbunătăți calitatea ei. Trebuie să facem cunoscute aceste aspecte astfel încât femeile să fie educate să se auto-palpeze, să își examineze sânii și la cea mai mică neregulă să se prezinte la consult, să nu amâne în ideea că poate va trece, să se ducă la un examen clinic anual la un medic specialist, să facă până în 40 de ani o ecografie anual, după 40 de ani se recomandă și mamografia, iar cele care au avut în familie rude cu cancer de sân trebuie să înțeleagă că au un risc mai crescut de a dezvolta cancer mamar, este îndemnul tuturor specialiștilor în domeniu medical.

Nu se cunosc cu certitudine care sunt cauzele care duc la apariția cancerului de sân, motiv pentru care este foarte dificil de spus dacă o femeie va face sau nu această boală.

În cele mai multe cazuri, cancerul de sân începe în celulele aflate pe pereții canalelor galactofore prin care circulă laptele (carcinom ductal invaziv), dar poate începe și în țesutul glandular (carcinom lobular invaziv) sau în alte celule sau țesuturi din interiorul sânelor. Celulele maligne se pot răspândi (metastaza) din sân la ganglionii limfatici sau spre alte părți ale corpului (plămâni, ficat, oase, creier, etc).

Aici putem enumera o serie de factori de risc, și anume:

– istoric familial: este posibil să aveți un risc mai mare pentru cancerul de sân, dacă aveți o rudă apropiată care a avut cancer de sân, uter, ovar sau cancer de colon;



– genele: unele paciente au gene care le fac mai predispuse la dezvoltarea cancerului de sân. Cel mai frecvent defectele genetice se găsesc în genele BRCA1 și BRCA2;

– ciclul menstrual: femeile care au prima menstruație (menarha) timpuriu (înainte de vârsta de 12 ani) sau la care s-a instalat menopauza tardiv (după vârstă de 55 ani);

– consumul abuziv de alcool;

– nașterea: femeile care nu au avut niciodată copii sau care au copii, dar după vârsta de 30 de ani, au un risc crescut pentru cancerul de sân.

Pacientele cu mai mulți copii sau graviditatea la o vârstă fragedă au un risc mai redus de cancer de sân;

– obezitatea, a fost legată de cancerul de sân, deși această legătură este controversată de anumiți specialiști;

– radiatiile: dacă ați primit radioterapie în timpul copilăriei sau în tinerețe, pentru a trata cancerul din zona toracelui, ai un risc semnificativ mai mare de a dezvolta cancer de sân.

Primele stadii ale cancerului de sân de obicei, nu prezintă simptome, din acest motiv recomand examene de sân regulate. Pe măsură ce cancerul avansează, simptomele pot include:

– nodul mamar sau nodul în axilă, care este dur cu margini neregulate și de obicei, nu doare;

- modificare în mărimea și forma sânelor sau mamelonului. De exemplu, este posibil să aveți roșeață, încrețirea și pliarea tegumentului care arată ca și “coaja unei portocale”. Umflarea parțială sau a întregului sân - chiar dacă nu se simte niciun nodul distinct;

- retracția mameloanelor;

- lichid provenind din mamelon. Poate fi hemoragic, clar-galben sau verde;

- durere la nivelul sânelor sau mameloanelor;

- prezența unor ganglioni la nivel axilar.

Bărbații fac de asemenea cancer de sân. Simptomele includ nodul mamar, dureri de sân și sensibilitate.

În momentul apariției simptomelor enumerate mai sus, recomandarea specialiștilor, dar și a mea, ca asistent medical, este următoarea: vizita la medicul de familie pentru recomandarea unui examen clinic de specialitate, unde se va efectua un examen fizic, care include ambii sâni, axilele, zona gâtului și a pieptului.

De aici se vor cere examene suplimentare ce pot include:

– mamografie pentru a ajuta la identificarea nodulului mamar;

- ecografie a sânelor pentru a demonstra dacă tumora este solidă sau lichidă;

- sonoelastografia- oferă în plus informații despre elasticitatea țesutului mamar;

– RMN de sân pentru a ajuta la o mai bună identificarea a unui nodul mamar sau la femeile sub 40 de ani la care nu se recomandă mamografie;

– biopsie de sân, aspirație cu ac sau îndepărtarea tumorii prin care se elimină toată tumora sau o parte din tumora mamară, pentru o examinare microscopică de către un specialist de laborator, anatomopatolog. Această analiză se efectuează de către medicul specialist sub ghidaj ecografic;

– CT sân;

– biopsia ganglionului limfatic sentinelă;

– PET în anumite situații speciale.



Dacă medicul dumneavoastră vă spune că aveți cancer de sân, se vor recomanda teste suplimentare pentru a vedea dacă cancerul s-a extins. Aceasta se numește stadializare. Stadializarea ajută în ghidarea tratamentelor viitoare și în supraveghere și vă oferă o idee la ce să vă așteptați în viitor.

Pentru a preveni apariția cancerului de sân, specialiștii în domeniu recomandă tuturor femeilor cu vârsta între 20-30 de ani autoexaminare lunară a sânilor și un examen clinic al



sânilor o dată la 3 ani. Pentru femeile din grupa de vârstă 30-40 ani se recomandă: autoexaminare lunară a sânilor, examen clinic anual al sânilor și un examen ecografic anual mamar. La femeile cu vârstă cuprinsă între 40-50 de ani, este recomandat: autoexaminare lunară a sânilor, examen clinic anual, mamografie bilaterală anuală (completată de ecografie mamară, dacă este necesar)

Începând cu 40 de ani, mamografia digitală este metoda esențială de depistare precoce a cancerului de sân, când nu ai simptome deoarece tumora este prea mică pentru a fi palpată. Depistarea în stadii timpurii poate permite vindecarea completă sau îmbunătățirea categorică a prognosticului.

După 50 ani: autoexaminare lunară a sânilor, examen clinic anual, mamografie bilaterală (completată de ecografie mamară, dacă este necesar).



TUBERCULOZA – DRUMUL DE LA INFECTARE PÂNĂ LA VINDECARE

Autor: As. med. gen.pr. Liliana DAVID, Spitalul de Pneumoftiziologie „Sfântul Andrei” Valea Iașului

Tuberculoza de-a lungul timpului

Tuberculoza este o maladie infecțioasă periculoasă, care, în cazul nedepistării la timp și tratării inadecvate, poate duce la pierderea capacității de muncă, invaliditate și chiar la moarte. Cel



mai frecvent, tuberculoza afectează plămânii (tuberculoză pulmonară), însă poate afecta și alte organe (tuberculoza oaselor și articulațiilor, renală, ganglionilor limfatici intratoracici, TBC aparatului urogenital, pielii, ochilor etc.).

Tuberculoza este provocată de mycobacteria tuberculozei (Mycobacterium tuberculosis) sau bacilul Koch, denumit astfel după medicul Robert Koch, care a descoperit agentul patogen al maladiei în anul 1882. Această mycobacterie reprezintă un microorganism extrem de viabil.

Începând cu anul 1982, pe 24 martie (aniversarea a

100 de ani de la descoperire), în întreaga lume se sărbătorește Ziua Mondială de Combatere a Tuberculozei.

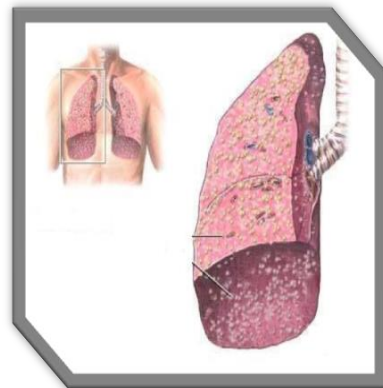
De-a lungul timpului, victime ale tuberculozei au căzut și numeroase personalități marcante: Frederic Shopen, A.P. Cehov, Lord Bayron, Florence Nightingale , Paul Gaugen, Nicolo Paganini ș.a.

Tuberculoza este provocată de un microb în formă de bastonaș, numit bacilul Koch, care poate infecta toate organele corpului, dar cel mai frecvent plămânii. Nu toți copiii infectați cu bacilul Koch se îmbolnăvesc de tuberculoză. Această afecțiune a fost numită după numele medicului german Robert Koch (1843-1910) descoperitorul acestui microb (1882).

Zilnic, tuberculoza omoară 5000 de oameni. Aceasta este echivalentul a 15 prăbușiri de avioane de pasageri sau a 3-4 „Titanic”-uri scufundate, sau 15 izbucniri epidemice a virusului EBOLA.

Cine este receptiv la tuberculoză?

Orice persoană poate fi infectată, indiferent de statutul social și situația materială, însă nu toți dezvoltă maladia. Riscul cel mai mare de trecere de la starea de infecție (stare latentă - stare în care mycobacteria este inactivă, așteptând condiții favorabile de dezvoltare a maladiei) la boală activă este un răstimp de 2 ani de la contactul cu bolnavul bacilar.



Riscului ridicat de a dezvolta maladia sunt expuse:

- persoanele care se află în contact permanent cu bolnavii baciliferi (care elimină mycobacteria), minim de 4 ore;
- persoanele cu imunitate scăzută, cauzată de subnutriție și condiții nefavorabile de viață, afecțiuni cronice;
- persoanele infectate cu HIV;
- fumătorii activi;
- persoanele care consumă alcool și/sau droguri;
- copii mici (la ei sistemul imunitar nu este bine dezvoltat);
- copii nevaccinați contra tuberculozei.

Care sunt principalele simptome ale tuberculozei?

Principalele simptome ale tuberculozei pulmonare sunt următoarele:

- tuse cu spută mai mult de 3 săptămâni;
- febră timp de o săptămână fără o cauză evidentă, frisoane (tremur în tot corpul);
- dureri în regiunea cutiei toracice;
- hemoptizie (spută cu sânge eliminată prin tuse);
- scădere bruscă în greutate;
- pierderea poftei de mâncare;
- astenie permanentă, oboseală;
- dispnee la efort fizic;
- transpirații excesive, mai ales noaptea.

Cum trebuie să procedați în cazul în care ați constatat simptomele TBC?

- în nici un caz nu inițiați un autotratament;
- nu pierdeți timpul, mergeți în cel mai scurt timp la medicul de familie;
- medicul va dispune trimiterea dumneavoastră pentru examinări la ftiziopneumolog.
- un tratament precoce este șansa dumneavoastră de a vă vindeca.

Ce investigații se fac în cazul prezentării cu simptome sugestive de TB?

- examenul medical obiectiv;
- analiza microscopică a sputei;
- radiografia cutiei toracice;
- toate aceste investigații nu provoacă dureri și sunt inofensive;
- volumul de investigații este stabilit de medic.



Poate oare fi prevenită infectarea cu tuberculoză?

Bineînțeles, DA. În acest caz:

- trebuie redus numărul bolnavilor - sursa de mycobacterii de tuberculoză;
- toți bolnavii de tuberculoză trebuie să solicite la timp asistența medicală și să obțină un tratament complex.

În plus, fiecare om poate și trebuie să contribuie la creșterea imunității organismului său prin:

- renunțarea la anumite deprinderi vicioase;
- respectarea regimului alimentar;
- călirea organismului;
- exercițiile fizice.

Pentru evitarea contaminării sunt necesare:

- aerisirea frecventă a încăperii;
- curățarea umedă.

Tuberculoza este un diagnostic și nu o condamnare! Toți pacienții din țara noastră dispun de tratament gratis. Te poți vindeca de TBC doar în cazul respectării cu strictețe a schemelor de tratament indicate de specialist.

Tratamentul TBC se face simultan cu câteva preparate, deoarece sensibilitatea agentului este neuniformă. Cura de tratament este îndelungată și necesită multă răbdare nu numai din partea pacientului, dar și a celor apropiați. Tuberculoza este provocată de un microb în formă de bastonaș, numit bacilul Koch, care poate infecta toate organele corpului, dar cel mai frecvent plămâni. Nu toți copiii infectați cu bacilul Koch se îmbolnăvesc de tuberculoză. Bacilul a primit denumirea după numele medicului german Robert Koch (1843-1910) descoperitorul acestui microb (1882).

Transmiterea bolii

Poate avea loc în apropierea copiilor cu un adult care elimină prin tuse microbul tuberculozei în mediul înconjurător (locuință, școală, lift, coridorul blocului, autobuz, tramvai, tren etc). Alteori (rar, este adevărat) sputa infectată, ajunsă pe obiecte de uz personal sau pe jucării se usucă, iar microbii se pot prinde de particulele de praf, pătrunzând prin inspirație în plămâni.

Când copilul este contaminat, microbul străbate căile respiratorii și produce o mică leziune pulmonară. În acest moment, dacă se face intradermoreacția la tuberculină, aceasta devine "pozitivă". Leziunea pulmonară însoțită de pozitivarea intradermoreacției poartă numele de "infecție primară" sau "primoinfecție". De îndată ce



reacția la tuberculină devine pozitivă, este prudent să se facă o radiografie pulmonară. De cele mai multe ori, primoinfecția tuberculoasă nu se manifestă, nu este însoțită de niciun simptom, trece neobservată.

În alte cazuri, copilul face febră (37,5-38-38,5°C) este indispus, tușește, nu are poftă de mâncare, scade în greutate, devine palid.

Nu există o vârstă de predilecție pentru primoinfecția tuberculoasă. Se produce când un organism neatins de infecție sau nevaccinat cu BCG este contaminat prin una din modalitățile enumerate mai sus.

Efectul protector al vaccinului este considerabil. Infecția tuberculoasă la sugar și chiar la copilul mic poate da forme grave. Primoinfecția este inevitabilă.

Dacă nu se iau precauțiile necesare (vaccinare BCG, depistare precoce, tratament corespunzător), bacilul Koch produce diseminări întinse în cei doi plămâni și câteodată meningita tuberculoasă, forme de tuberculoză care pot pune în pericol viața copilului.

Este mai ușor și mai bine să se prevină, decât să se vindece tuberculoza copilului!

Prevenirea tuberculozei

Se rezumă la câteva precauțiuni fundamentale: să se vaccineze cu B.C.G. nou-născutul. Rolul protector al vaccinului B.C.G. intervine la 2 luni după vaccinare.

Dacă în familie există bolnavi de tuberculoză, nou-născutul și sugarul vor fi feriți de orice contact cu aceștia: separarea copilului în altă casă; internarea persoanei bolnave într-un sanatoriu T.B.C. Cel internat în sanatoriu nu va mai reveni în familie decât după "negativarea" spuzei.



Intradermoreacția la tuberculină constă în injectarea în piele ("intradermic") a unei tuberculine purificate "P.P.D." (Protein Purified Derivative), preparata de Institutul "Dr. T. Cantacuzino" din București. Intradermoreacția la tuberculină se face în scop diagnostic de către cabinetele de fiziologie sau de pediatrie; în scop diagnostic la copiii care sunt bănuți că suferă de tuberculoză; la contingentele de copii prevăzute în calendarul de vaccinare, pentru selecționarea

copiilor ce trebuie revaccinați cu B.C.G.; la copiii preșcolari, cu ocazia intrării în colectivități; la orice copil în vârstă de 0-10 ani, dacă în familia respectivă s-a descoperit un caz de tuberculoză; în mod periodic, la indicația medicului de la dispensarul T.B.C. la copiii care au în familie cazuri de tuberculoză în "evidența" dispensarului antituberculos; în cadrul examenului de bilanț al stării de sănătate a copiilor preșcolari și școlari, cu ocazia admiterii în colectivități preșcolare (1-5 ani) și în cadrul acțiunilor de revaccinare cu B.C.G. în clasele I, a VII-a și în anul al IV-lea de liceu.

Interpretarea reacției

Se face la 72 de ore, luând în considerare numai papula (ridicătura) pielii ce se simte la pipăit ca o denivelare față de pielea din jur; se exclud reacțiile eritematoase roșii simple. Se măsoară în milimetri cel mai mare diametru transversal al reacției. Reacția la tuberculină se consideră negativă, când are o dimensiune între 0 și 9 mm, inclusiv; când diametrul este de 10 sau peste 10 mm, reacția se consideră pozitivă. Reacția pozitivă, dacă nu este datorată unei vaccinări B.C.G. atestată prin prezența cicatricei, traduce o infecție tuberculoasă. Cu excepția

virajului tuberculos, ea nu ne informează asupra vechimii infecției și a gradului de activitate a acesteia.

Chimioprofilaxia tuberculoasă

Adică prevenirea bolii prin administrarea de medicamente, se face la copii și tineri (0-20 ani) contactați cu bolnavi de tuberculoză cu bacili Koch prezenți în spută.

În general, se administrează izoniazida de două ori pe săptămână, strict supravegheat de către personalul medical sanitar din unități (creșe, grădinițe, școli, întreprinderi) sau de către cadrele dispensarelor medicale urbane și rurale, medici de familie, asistenți). În cazuri excepționale (copii mici care nu sunt în colectivități), administrarea izoniazidei se face la domiciliu, de către personalul sanitar al Dispensarului de pediatrie sau, cu totul excepțional, de către părinți (localități greu accesibile și fără unități sanitare; perioade de intemperii etc).



Tratamentul tuberculozei

Se face standardizat și strict supravegheat de către personalul sanitar.

Primoinfecția tuberculoasă, tratată cu medicamentele actuale, se vindecă sigur, dar vindecarea completă este foarte lentă, în decurs de circa un an. Contrar a ceea ce se întâmplă în alte boli, nu se ajunge la distrugerea microbului, ci la închistarea lui în organism, unde persistă în mod nedefinit; din aceste motive reacția la tuberculina devenită pozitivă rămâne așa pentru toată viața. Bacilii astfel închistați pot fi ținuți la respect toată viața, aproape în toate cazurile. Totuși dacă primoinfecția a fost neglijată sau tratată fără destulă perseverență, boala se poate "trezi" la pubertate, la adolescența sau în perioada de adult. Atunci ea se manifestă prin infiltrare, caverne, expectorație bogată în bacili Koch ce poate contamina orice persoană din jur și îndeosebi pe copii.

Tratamentul se începe, de regulă, în unitățile spitalicești, unde copilul sau adolescentul rămâne internat cel puțin 2 luni consecutiv.

Regimul de viață

În perioada în care copilul are febră, tușește, este trist, nu simte nevoia de mișcare, se recomandă repaus la pat. De îndată ce febra scade, tusea se rărește și copilul recapătă vigoarea, se indică mai întâi mișcarea în casă și apoi scoaterea afară, dacă vremea este frumoasă (fără ceață, vânt sau ploaie). Se preferă plimbările prin locuri cu vegetație bogată. Activitatea normală se reia la indicația medicului. După vindecare se vor evita suprasolicitățile fizice și psihice.

Se zicea că tuberculoza este boala filozofilor, a artiștilor. Mai exact, se spune că ftizia ucide poezii. De fapt, nu meseria aducea cu ea niscaiva bacili ai TBC-ului. Alta era cauza îmbolnăvirii de tuberculoză a poezilor și filozofilor. Acești artiști preferau o viață boemă, fără reguli. Ei mâncau decât pe apucate, nu dormeau, iroseau ore și ore în fum de țigări arse una după alta, în cafenele. Și viața asta dezordonată deschidea ușa tuberculozei.



În anii de dinaintea marii descoperiri a antibioticelor, practic nu prea exista un tratament eficient împotriva bacililor tuberculozei. Oamenii cu TBC se sfârșeau slabi și sleiți de accesele de tuse cu sânge, scuipat de câteva ori pe minut. Multe boli ale aparatului pulmonar provoacă pierdere de sânge prin

tuse. Este așa-zisa hemoptizie. Sângele poate apărea în sputa însoțitoare a acceselor de tuse chiar aerat, roșu, indicând sursa, fie din aparatul respirator, fie din sistemul ORL, adică nas, gât, urechi. Dar acest sânge poate apărea și din esofag. Sângele în tuse are mai multe posibile cauze: tuberculoza, cancerul bronho-pulmonar, hipertensiunea, traumatisme, uneori astmul. Revenind la personalități răpuse de tuberculoză începem cu marele patriot Nicolae Bălcescu, gonit din țară și mort în Italia. Durerea de a nu putea sta pe meleagurile țării pentru care luptase cu toată puterea gândului și inimii i-a scurtat viața, i-a agravat boala de plămâni. De TBC au murit și genialii Chopin și Mozart, chinuiți de febră, tuse și de sânge pierdut în spută. Împărăteasa Elisabeta a Austriei a suferit și ea de tuberculoză, de unde i-a venit și sfârșitul.

De când au apărut medicamentele moderne contra TBC, boala e vindecabilă. Dar tratamentul trebuie urmat cu conștiinciozitate aproximativ șase luni. Capcana vine de la faptul că, după 2-3 săptămâni de la începerea terapiei, bolnavul începe să se simtă bine, îi revine pofta de mâncare, nu prea mai tușește și, dacă nu este supravegheat, este tentat să renunțe cu de la sine putere la tratamentul zilnic. Tocmai de aceea bolnavii sunt internați circa trei luni, iar apoi sunt obligați să vină zilnic la dispensarele teritoriale pentru a înghiți medicamentele sub privirile cadrelor sanitare. Și perioada de spitalizare obligatorie de circa trei luni se justifică și faptul că la externare bolnavul nu mai este contagios.

În lumea largă, chiar și în țările bogate, a revenit tuberculoza. Și partea rea este că formele actuale de TBC sunt rezistente la medicamente. Asta sporește riscul de complicații, de prelungire a bolii, necesită și operații de sacrificare a unei părți de plămân, iar costul terapiei cu medicamente sofisticate ridică foarte mult costurile.



SINDROMUL DOWN – SINDROMUL IUBIRII INFINITE

Autor: As. med. gen. pr. Mihaela MIHAI-OPREA, Centrul de Îngrijire și Asistență Pitești, subordonat DGASPC Argeș

Una dintre cele mai mari dovezi de iubire este aceea de a accepta să dai viață unui copil cu sindrom Down. Să-ți transformi, cu bună-știință, viața într-o misiune dedicată copilului cu sindrom Down nu este, cu siguranță, o decizie nici ușor de luat, nici ușor de dus. În ciuda misiunii grele (sufletește, fizic, financiar) sunt foarte mulți părinți care și-au deschis brațele și inimile pentru a primi în viețile lor și a iubi nemăsurat copiii cu sindrom Down.

Acestei iubiri nemăsurate i se răspunde cu tot atâta iubire izvorâtă din inimile copiilor cu sindrom Down.



Ziua lor, a copiilor cu sindrom Down, a fost stabilită la 21 Martie când, în lumea întreagă, este marcată „Ziua Mondială a Sindromului Down”. Data nu a fost aleasă întâmplător, ci pentru a simboliza unicitatea celor trei cromozomi 21, care determină apariția acestei modificări genetice. Un sindrom reprezintă o corelație de semne și simptome.

Sindromul Down sau trisomia 21 este cauzată prezența unui cromozom 21 suplimentar. Cromozomii sunt structuri cromatice microscopice prezente în aproape fiecare celulă componentă a țesutului organismului uman.

Ei poartă planul tuturor caracteristicilor pe care le moștenim. Acest plan este purtat sub forma unui mesaj codat prezent în ADN. La om există 23 de perechi de cromozomi de la tată și 23 de perechi de cromozomi de la mamă, adică 46 de perechi de cromozomi.

Sindromul Down este cauzat de prezența celui de-al 47-lea cromozom. Denumirea Down provine de la medicul englez John Langdon Haydon Down, primul care a descris acest sindrom în anul 1866, cu aproximativ o sută de ani înainte ca geneticianul francez Jerome Lejeune să descopere că Sindromul Down este cauzat de prezența unui cromozom 21 în plus.

Semne și simptome

Probabilitatea conceperii unui copil cu Sindrom Down crește odată cu vârsta mamei, în special după 35 de ani, în primul rând. În al doilea rând, testul pentru Sindromul Down se face în situațiile în care există antecedente familiale de Sindrom Down sau dacă mai există în familia cuplului respectiv un copil diagnosticat cu acest sindrom.

Toate persoanele cu Sindrom Down prezintă un anumit grad de dificultate de învățare (retard mental ușor sau moderat). Gradul de dizabilitate diferă de la o persoană la alta și este greu de estimat la naștere. La maturitate, persoanele cu Sindrom Down au un IQ mediu de 50, echivalentul unui copil de nouă ani. Acesta poate varia însă de la un individ la altul. Speranța de viață pentru persoanele cu Sindrom Down este de 50-60 de ani.

Persoanele cu SD au trăsături fizice și caracteristici distincte: statură mică, tonus scăzut al musculaturii, trăsături faciale distincte, nivel de inteligență sub normal. Aceste persoane sunt predispuse la anumite boli și afecțiuni precum: hipotiroidism, pierderea auzului, infecții respiratorii, afecțiuni ale inimii, malformații renale, infertilitate, obezitate.

Specific persoanelor cu Sindrom Down sunt și trăsăturile faciale: fața mică și rotundă, fruntea lată, gât scurt și gros, ochi migdalați, nas, urechi și mâini mici.



Sugarii și copiii cu Sindrom Down

Sugarii ating, de obicei, rețerele de creștere și dezvoltare timpurie cum ar fi: întoarcerea de pe o parte pe alta, statul în șezut, statul în picioare, mersul și vorbitul mai târziu decât ceilalți copii. Este necesară o terapie specială, logoterapia.

Un copil poate dezvolta o tulburare de opoziționism provocator în parte datorită problemelor de

comunicare sau de interpretare a cerințelor celorlalți.

Răbdarea cu care părinții trebuie să înfrunte situația, oportunitățile educaționale și de socializare, precum și activitățile fizice adecvate pot fi de ajutor în prevenirea sau rezolvarea problemei de comportament.

În cazul în care un copil prezintă probleme mentale cum sunt anxietatea sau depresia pot fi necesare consilierea și tratamentul medicamentos.

Adolescenții și adulții cu Sindrom Down

Sunt susceptibili la abuzuri, injurii sau alte tipuri de agresiuni. De asemenea, ei pot avea mai multe dificultăți decât ceilalți în confruntarea cu emoțiile și sentimentele puternice specifice vârstei. Uneori aceste stări tensionate pot duce la probleme mentale, în special depresie. Adolescenții reușesc, de obicei, să absolve liceul în cazul în care incapacitățile lor nu sunt severe. Școlile profesionale sunt utile pentru mulți adulți tineri care pot astfel învăța cum să muncească într-o varietate de locuri cum ar fi: magazine, restaurante sau hoteluri. Majoritatea adulților cu Sindrom Down se descurcă bine în societate. Frecvent, ei sunt salariați și au prieteni.

Rolul familiei în cazul unui copil cu Sindrom Down

În ciuda problemelor, există mulți părinți care aleg să aducă pe lume copii cu Down deoarece este unul dintre sindroamele cu o frecvență destul de mare și pentru care s-a investit mult în cercetare și în terapia ocupațională. Părinții au văzut că totuși se obțin rezultate cu acești copii și aleg să îi aducă pe lume. Există numeroase metode prin care familia poate sprijini un copil cu Sindrom Down să se dezvolte și să se adapteze:

Terapia prin joacă – părinții trebuie să îl încurajeze pe cel mic să se joace și să îl învețe cum să facă asta.

Comunicarea – dacă un copil cu Sindrom Down se arată interesat de un anumit obiect sau de un domeniu anume, părinții trebuie să profite de acest lucru, să intre în mintea copilului și să îi mențină interesul pentru oferirea cât mai multor detalii.

Socializarea – este foarte important ca un copil cu Sindrom Down să interacționeze cu alți copii, să învețe să se joace cu aceștia, iar părinții sunt cei care trebuie să încurajeze acest tip de socializare, nu să îl izoleze pe motiv că este „special”.

La rândul lor, părinții copiilor obișnuiți trebuie să înțeleagă că un copil cu Sindrom Down este perfect normal, afectuos și sociabil, dar și încăpățânat sau uneori agresiv, la fel ca orice alt copil, așa că nu au niciun motiv să își ferească micuții de interacțiunea cu copiii cu Sindrom Down.

Independența – părinții sunt cei care trebuie să îl încurajeze constant pe copilul cu Sindrom Down să deprindă activități de bază, precum spălatul, îmbrăcatul sau mâncatul de unul singur.

TERAPII SPECIALIZATE

Logopedia și Fizioterapie - foarte importante sunt și programele speciale de terapie cognitivă începute cât mai devreme. Acestea constau în logopedie și fizioterapie și ajută la îmbunătățirea dezvoltării intelectuale a copilului și la ameliorarea simptomelor.

Terapia fizică – presupune activități și exerciții care ajută la dezvoltarea abilităților motorii, la creșterea forței musculare și la îmbunătățirea posturii și a echilibrului.

Terapia Ocupațională – presupune găsirea unor modalități de a ajusta sarcinile de zi cu zi pentru a se potrivi nevoilor și abilităților unei persoane cu Sindrom Down.



Persoanele cu Sindrom Down nu sunt diferite, ci speciale. Ei sunt blânzi, generoși și se evidențiază prin bunătate și entuziasm. Cromozomul în plus este cel al iubirii necondiționate. Sunt cele mai iubitoare și afective persoane.

În fiecare familie în care există o persoană cu Sindrom Down se naște și întrebarea: „Ce-o să se întâmple când n-o să mai fiu?”. Astfel de temeri copleșesc o mamă care și-a îngrijit copilul încă de la naștere.

Și, la această întrebare, vă pot răspunde eu, asistent medical care îngrijesc persoane cu nevoi speciale într-un Centru de Îngrijire și Asistență.

Acești oameni speciali sunt niște „copii mari” foarte iubitori și care au nevoie de afecțiune și sprijin în satisfacerea nevoilor.

Din practică, vă mărturisesc cazul unui beneficiar cu Sindrom Down instituționalizat.

Într-o zi, s-a prezentat pentru instituționalizare o doamnă cu o persoană cu Sindrom Down. Cu ochii în lacrimi și vizibil afectată de situație și-a început povestea:

„Doamnă, este fratele meu, mama noastră care l-a îngrijit, de la naștere și până în prezent, nu mai este.”. Cu ochii inundați de lacrimi a continuat: „Eu am familie și serviciu, nu pot să am grijă de el, trebuie supravegheat permanent și îngrijit.

I-am promis mamei că nu îl abandonez, nu pot face asta, este fratele meu, de aceea am decis să îl instituționalizez. Îmi este foarte greu, mă cuprind amintirile, îi vizitam foarte des și îi găseam acolo, în curte, pe amândoi. El cu mama și mama cu el, veșnic împreună. El mă întâmpina cu bucurie de cum mă vedea, mă cuprindea cu brațele lui mici și calde și mă strângea în semn de iubire.

Nu pronunță multe cuvinte, dar îmi spune „sora”. El, la auzul acestui cuvânt, se uită cu ochii lui mici către mine, i se umple fața de bucurie și arată la doamna din fața mea și spune „sora”. Chiar dacă am o vastă experiență profesională, nu mi-am putut controla emoția. Din acel moment, el a fost ca și copilul nostru, al tuturor salariaților Centrului. El ajută, așa cum era învățat de mama lui, la activitățile de curățenie și primea în schimb câte o mică recompensă. Era blând și parcă zămislit numai din iubire față de semenii. Și exemplele pot continua.

Și ei sunt oameni, și ei au dreptul la o viață normală. Haideți, împreună, să le oferim sprijin și să le transformăm dizabilitatea în abilitate! Stă în puterea noastră, a fiecăruia dintre noi. Am experimentat, știu că se poate!

Îmbunătățirea calității vieții lor, depinde de acțiunile noastre, a ta, a mea!

Consider că noi, asistenții medicali care îngrijim persoanele cu Sindrom Down și nu numai, suntem zămislîți și înzestrați de Dumnezeu special pentru ei.

Suntem extensia divină pentru sprijinul „semenilor speciali”.





RECUPERAREA ÎN HERNIA DE DISC ALGO – PARESTEZICĂ

Autor: Ioan Dumitrașcu

Vicepreședinte OAMGMAMR Argeș



Durerea la nivelul coloanei lombare este una dintre cele mai frecvente forme de durere și nu trebuie ignorată deoarece poate duce la un deficit motor.

O hernie de disc neoperată la timp poate duce la o paraliză de sciatic popliteu extern sau intern și paraliza rămâne chiar dacă ulterior survine operația.

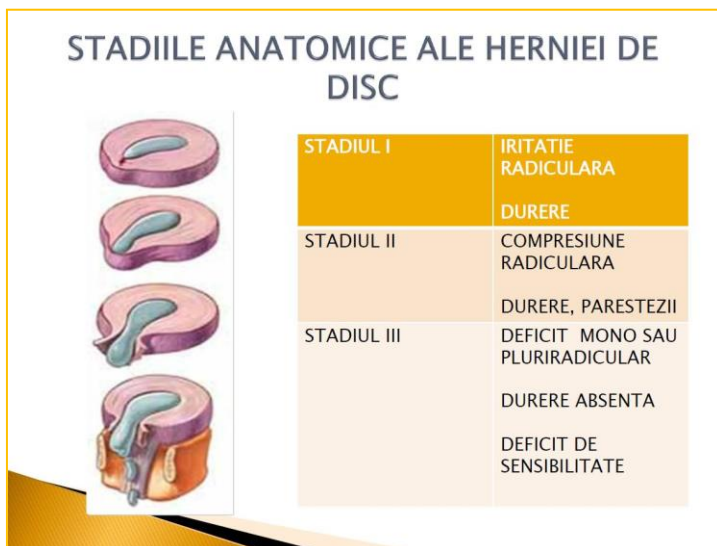
Ce determină o durere lombară?

Coloana vertebrală este o structură extrem de complexă fiind formată din 33-34 de vertebre, mușchi, ligamente și discuri

intervertebrale.

Discurile intervertebrale reprezintă porțiunea slabă a coloanei vertebrale.

Discul intervertebral este o formațiune fibrocartilaginoasă, avasculară, neinervată ce se interpune între două vertebre și permite mobilizarea coloanei în toate planurile.



Discul funcționează ca un amortizor care absoarbe șocurile. Este format din două porțiuni: una periferică, numită inel fibros și una centrală, numită nucleul pulpos.

Coloana vertebrală prezintă 23 de discuri intervertebrale. Procesul de degenerare a discului constă în fisurarea inelului fibros și fibrozarea nucleului pulpos.

În cazul herniei de disc cu localizare lombară nucleul pulpos este împins în posterior, depășește inelul fibros și herniază. Fibrele ligamentului longitudinal sunt împinse posterior, iar rezultatul constă în agresiunea

rădăcinii nervoase aflate în apropiere.

Se produce contractura musculară și durere discontinuă pe traiectul nervului sciatic. Nucleul pulpos se poate rupe și migrarea unui fragment prin porțiunea posterioară a inelului fibros poate da un conflict disco-radicular cu iritarea rădăcinii nervului sciatic.

Odată instalată suferința radiculară aceasta prezintă caracterile afectării neurologice periferice având trei stadii: iritativ, compresiv și de întrerupere.

Localizarea cea mai frecventă a conflictului disco-radicular este la nivelul L4-L5 și L5-S1.

Hernia de disc mai poate fi localizată, mai rar, și la nivelul coloanei cervicale.

TABLOUL CLINIC AL HERNIEI DISC-LOMBARE ALGOPARESTEZICE

Hernia de disc poate afecta profund calitatea vieții pacientului. Subiectul poate descrie o durere cu caracter mecanic sau mixt, de intensitate medie – mare, parestezii distale, impotență funcțională. În funcție de nivelul discului afectat, durerea poate urma un anumit traseu: lombar fesier, lombar fesier față posterioară a gambei, lombar fesier cu afectarea posterioară a piciorului.

Din punct de vedere clinic evolutiv se descriu patru perioade în evoluția herniei de disc: acută, subacută, cronică și de remisiune.

PROGRAMUL DE RECUPERARE

Obiectivele în recuperarea herniei de disc lombare sunt:

- combaterea durerii și a inflamației;
- refacerea mobilității;
- ameliorarea forței, rezistenței și coordonării sistemului neuro-muscular;
- îmbunătățirea schemei de mers;
- prevenirea recidivelor și ameliorarea calității vieții.

PERIOADA ACUTĂ

În perioada acută se pune accent pe repaus pe pat tare, reducerea durerii și prevenirea agravării patologiei.

Se pot administra, în funcție de intensitatea durerilor și patologia asociată:

- antiinflamatoare nesteroidice;
- corticoterapie locală sau sistemică;
- antialgice sedative;
- decontracturante;
- vitamine din grupul B;
- vasodilatatoare.

Un rol important îl joacă kinetoterapia urmărind:

- combaterea durerii și a inflamației;
- relaxarea generală nervoasă;
- scăderea iritației radiculare.

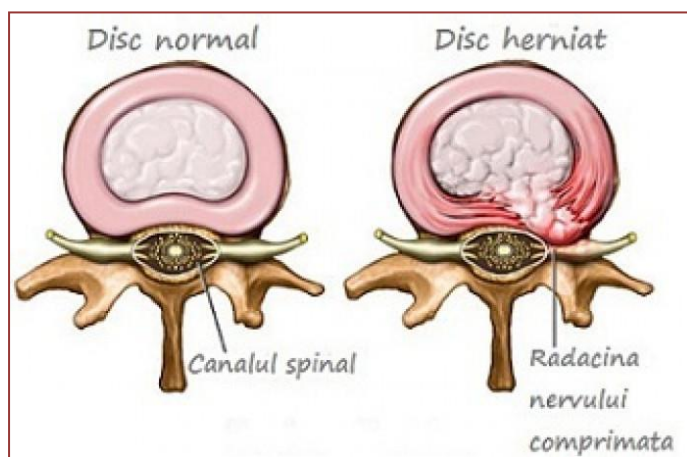
Pentru realizarea acestor deziderate se folosesc posturi:

- în decubit ventral;
- poziția Fowler (cocoș de pușcă);
- tracțiuni vertebrale continue la pat;
- exerciții de relaxare prin metoda jackobson;
- poziții finale ale diagonalelor kabat.

Fizioterapie în perioada acută poate include: curenți de joasă și medie frecvență, ultrasunete, terapie laser, magnetoterapie, diatermia Tecar.

PERIOADA SUBACUTĂ

În perioada subacută, kinetoterapia se axează pe combaterea durerii și inflamației, pe ameliorarea contracturii musculare și recuperarea tulburărilor de statică și dinamică lombară. În această fază se introduce tehnica Williams cu fazele I și II, precum și exerciții la spalier.



Se poate apela și la hidrokinetoterapie cu efecte antialgice, miorelaxante și de îmbunătățire a tonusului psihic. Se continuă electroterapia, se adaugă masajul relaxant, paravertebral și tonifiant pe trenul inferior, termoterapie locală alături de tratament medicamentos.

ÎN FAZA CRONICĂ:

Kinetoterapia are ca obiective:

- combaterea durerii și contracturii musculare;
- tonifierea musculaturii deficitare;
- stabilizarea bazinului și a coloanei lombare.
- kinetoterapia include exerciții de mobilizare a coloanei lombare și bazin folosind exercițiile fazei III a metodei Williams.

Se continuă electroterapia, masajul, termoterapia locală, hidrokinetoterapia, tratamentul



medicamentos și se poate începe tratamentul balnear (ape sulfuroase, clorurate, sodice).

PERIOADA DE REMISIUNE

Cuprinde elemente de igienă ortopedică și au rolul de a preveni recidiva (școala spatelui). Școala spatelui presupune conștientizarea poziției corecte a coloanei lombare și a bazinului.

Severitatea simptomelor, sediul herniei de disc, bolile asociate, pot recomanda

un consult neurologic sau neurochirurgical.

Hernia de disc are indicație chirurgicală dacă sunt întrunite următoarele criterii:

- durere rebelă rezistentă la tratament și repaus trei săptămâni;
- deficit senzitivo-motor;
- tulburări sfîcteriene și de dinamică sexuală;
- aspect imagistic (RMN) de asociere a unei stenoze de canal rahidian cu protuzie discală simptomatică.

La 7-10 zile postoperator pacientul se poate adresa unui serviciu de recuperare. Este important ca pacienții să nu ignore o durere lombară chiar dacă aceasta se ameliorează într-o primă fază la administrarea de antialgice. Indicată este ca pacienții să se adreseze unui serviciu de recuperare pentru o evaluare corectă și un program de recuperare personalizat și optim.

De reținut este faptul că recuperarea nu presupune doar a repara ceva ce s-a stricat, ci înseamnă și prevenția agravării simptomelor care se face prin:

- fără efortul de tip hei-rup;
- fără mers pe teren accidentat;
- a se păstra o greutate corporală optimă;
- repaus articular și muscular pe pat tare;
- fără condus automobilul pe distanțe lungi;
- fără viață sedentară.

BIBLIOGRAFIE:

1. Tudor Sbenghe – Kinetologie profilactică
2. Ion Stroescu/Gizela Drafta – Recuperarea funcțională în practica medicală

ASISTENTUL DIN ATI, OMUL CARE ÎNNOADĂ FIRUL VIETII
Coradina GHEORGHE, Asistent șef Secția Anestezie Terapie Intensivă,
Spitalul Județean de Urgență Pitești

Există, în jurul nostru, oameni plămădiți, parcă, dintr-un lut a cărui caracteristică principală este aceea de a se modela ușor, oameni cu care ne-a binecuvântat Dumnezeu pe noi, toți ceilalți, pentru a ne fi uneori leac, alteori sursă de încurajare și, întotdeauna, model.



Un astfel de om este doamna Coradina Gheorghe, asistent șef la secția de Anestezie și Terapie Intensivă (ATI) a SJU Pitești, căreia i-a fost hărăzit să aibă atâta dragoste de oameni și atâta putere de sacrificiu încât, de-a lungul timpului, a ajuns să se identifice cu profesia pe care a ales-o. Dăruiește și se dăruiește celor care trec pragul secției pe care o conduce. Acolo, la ATI, timpul se măsoară altfel. Secunde par ani uneori, iar clipa are valoare nemărginită pentru că unitatea de măsură din viață și moarte se numește... clipă.

Acolo, la ATI, din empatie, profesionalismul se împletește cu rugăciunea. Acolo se adevărește cel mai mult vorba potrivit căreia „asistenții medicali și medicii fac echipă cu Dumnezeu”. Nu sunt mulți aceia care reușesc să răzbată la ATI, să îmbine stăpânirea de sine și profesionalismul cu grija față de pacient, dar doamna Coradina Gheorghe a reușit. Are o carieră profesională solidă și se bucură de aprecierea colegilor și de recunoștința pacienților. Pentru toate aceste motive, ne-am dorit ca, în luna martie, luna dedicată femeilor, pe cât de gingașe pe atât de puternice, să o avem ca invitată, în paginile revistei PRO ASISTENT ARGEȘEAN.

1. Profesia de asistent medical este pe cât de frumoasă și nobilă, pe atât de provocatoare și solicitantă. De ce ați ales să vă dedicați oamenilor din această postură, de asistent medical?

Atunci când am optat pentru această profesie, nu știam cu exactitate ce presupune practicarea ei. Îmi plăcea să ajut oamenii, să fac bine, fără să aștept ceva la schimb. Cu acest bagaj am plecat la drum, cu iubirea pentru semenii aflați la necaz. Practicând, am înțeles că viața de asistent medical e o continuă provocare. Ajungi la muncă fără să știi ce te așteaptă. Fiecare zi e diferită, pentru că fiecare caz e diferit. Dintre toate provocările acestei meserii cea mai mare rămâne lupta cu moartea. E imposibil să nu te afecteze pierderea pacienților. E greu, dar sunt momente peste care ești nevoit să treci, trebuie să te detașezi, pentru a putea continua să faci ce știi cel mai bine și a te bucura atunci când câștigi această luptă.

Da, deși despre lucrurile bune, obținute cu mult efort, se vorbește rar, câștigăm adesea vieți. Spun câștigăm, pentru că a fi asistent medical presupune, printre altele, muncă în echipă. Consider că de la îngrijitoare și până la medic, cu toții avem un rol bine definit în a salva vieți. Nu putem funcționa unul fără celălalt.

2.V-a purtat drumul profesional la secția de ATI (n.r Anestezie și Terapie Intensivă) sau v-ați dorit dumneavoastră?

Cred că ambele. Mă atrăgea tot ce ținea de ATI, încă din școală. Ca practicanți, eu și colegii mei, nu prea aveam acces aici, în inima spitalului. Mi-am dorit foarte mult să știu ce e dincolo de ușile cu acces restricționat, zonă care nu reprezenta o mare atracție pentru tinerii asistenți, pentru că se știa că aici ajung cele mai grave cazuri și trebuia să ai foarte multe calități pentru a îngriji pacienți a căror linie între viață și moarte este extrem de subțire. În spatele reușitei mele, dincolo de dorință, au stat ani de sacrificii. Și acestea nu se opresc în momentul în care ai semnat un contract, din contră, abia atunci începe greul. Fiecare zi aduce cu sine noi provocări.



3. Sunteți asistent șef la secția ATI din cadrul Spitalului Județean de Urgență și coordonați activitatea de îngrijire a unui număr de aproximativ 70 de asistenți medicali. Ce înseamnă mai concret această responsabilitate?

Înseamnă mult, foarte mult. Secția ATI este structurată pe 4 compartimente, fiecare având specificul ei și activitate individuală: terapie intensivă, anestezie, transfuzii sânge și toxicologie. Concret, sunt patru secții comasate, activitatea medicală și de îngrijire fiind extrem de complexe. Practic, noi suntem, fără falsă modestie, ultima linie de apărare în fața morții, pentru că, asta înseamnă terapia intensivă – lupta cu moartea.

4.Secția de ATI este una aparte. Acolo, bățile de inimă au o altă dimensiune, viața e în cumpănă. Cum se împletesc profesionalismul cu empatia? Cât de mult vă încărcăți cu suferința pacienților?



Am învățat să le împletim frumos, am învățat să putem trece mai departe atunci când pierdem o luptă, pentru că e atât de multă suferință încât nu am rezista psihic și emoțional. Experiența ajută enorm. În schimb, orice început e foarte greu. Dacă e să mă raportez la asistenții care vin să lucreze la noi, i-am văzut aproape pe toți cu lacrimi în ochi. Pentru cei care și-au dorit foarte mult să continue această activitate, timpul petrecut în ATI a fost prietenul cel mai bun, fiecare zi în

această secție i-a făcut mai puternici decât și-ar fi imaginat.

5.Care a fost pacientul a cărui poveste v-a impresionat cel mai mult?

Povestea unui tânăr de 23 de ani, ajuns la noi în urma unui accident de bulldozer, cu politraumă. Șansele de supraviețuire erau minime. “Am tras de el”, cum spunem noi, 6 luni, peste 180 de zile de luptă corp la corp cu moartea. Făceam totul pentru salvarea lui zi și noapte,

conștienți fiind că îl puteam pierde în orice clipă. Dar, cele mai grele momente, aproape imposibil de suportat, erau reprezentate de vizitele părinților lui. Se așezau amândoi în genunchi, lângă patul lui, plângeau și se rugau. De fier să fi fost și tot îți pica măcar o lacrimă. Ulterior, a fost transferat de la noi la un centru de recuperare, țin minte, pe targă, cu lacrimi în ochi, chinându-se să ne mulțumească, să ridice mâna să-și ia la revedere. Din când în când, ne trimitea poze cu progresul făcut, îl încurajam și eram mândri că luptasem alături de el. Apoi n-am mai știut nimic de el, până într-o zi când s-a reîntors la noi. Venise să ne mulțumească, din nou. Și nu a venit singur, ci cu soția și bebelușul lor. În acele momente, am înțeles, poate mai bine ca niciodată, că Dumnezeu, prin oameni, face minuni și atunci când El vrea, totul e posibil.

6.Cum a fost pentru dumneavoastră perioada de pandemie? Ce sacrificii ați făcut în acești doi ani și care apreciați că sunt lecțiile ce ar trebui învățate de un asistent medical?

A fost o perioadă fără precedent, epuizantă din toate punctele de vedere. Toți am muncit și toți ne-am depășit limitele. Am învățat să ne facem treaba în condiții extreme. Vedeam disperarea din ochii pacienților, dar și licărul de speranță când ne vedeau la paturile lor. Când noi eram acolo, ei se simțeau în siguranță. De asemenea, pandemia ne-a învățat să fim mai uniți, ne-a învățat să ne prețuim mai mult și ne-a arătat ce înseamnă cu adevărat o echipă.

7.Care sunt calitățile, umane și profesionale, necesare unui asistent medical ce își desfășoară activitatea la ATI?

Revenind la empatie și profesionalism, cred că aceste calități ar fi printre cele mai importante. Dar, eu cred că, în primul rând, trebuie să fii un om bun, un om cu frică de Dumnezeu. Trebuie să știi să ai răbdare cu pacientul, răbdarea de a asculta, de a tăcea, de a vorbi, de a mângâia. Trebuie să-i înțelegi nevoile, să creezi o legătură bazată pe încredere, dar și pe respect. Desigur că nu întotdeauna este posibil, dar trebuie să dai tot, cu scopul de a salva acea viață care e în mâinile tale.

8.Cât de mult trebuie să înveți pentru a fi foarte bun în această profesie? Ce rol joacă educația medicală continuă în formarea unui asistent medical?

Din păcate, sau din fericire, pentru creierul nostru, învățarea nu se termină niciodată. Medicina este o știință care evoluează permanent, iar asta presupune studiu neîntrerupt. Educația medicală continuă, prin însuși numele ei, e foarte importantă, pentru că ne ajută pe noi, asistenții medicali, în dezvoltarea profesională. Fără aceasta nu cred că am reuși să avem pregătirea corespunzătoare profesiei noastre și să atingem performanțele care, în cazul celor care își desfășoară activitatea în ATI, vin la pachet cu locul de muncă.

9.Experiența vine odată cu timpul. De cât timp are nevoie un asistent medical generalist pentru a putea să-și atingă potențialul maxim profesional necesar într-o secție de ATI?

Așa este. Cred că de 5 ani are nevoie un asistent medical să atingă acest potențial. Repet, este foarte greu pentru cei care sunt la început de drum profesional. ATI-ul este o lume nouă, o lume pe care nu ai cum să o cunoști din exterior și primul contact vine la pachet cu reacția de a fugi. Ce ne face să rămânem e satisfacția enormă simțită în momentul în care salvăm vieți.

10. Pentru că ne dorim să venim în sprijinul colegilor din secțiile ATI, care considerați că ar fi nevoile de formare/perfecționare în acest domeniu?

Am simțit sprijinul dumneavoastră în permanență și vă mulțumim și pe această cale. Cursurile oferite, la care am participat împreună cu colegii mei, ne-au fost mai mult decât utile în dezvoltarea noastră profesională. E extrem de important să fii la curent cu informațiile de ultimă oră pe care să poți să le valorifici în desfășurarea activității.

11. Ce vă doriți cel mai mult de la viața de după pandemia de COVID?

Și eu îmi doresc, ca toată lumea de altfel, revenirea la normalitate. Abia acum am înțeles și am învățat să prețuim ce poate înainte consideram prea puțin sau neimportant. Am trăit asemenea vremuri, încât ne doream cu disperare să putem merge liberi pe stradă, să putem zâmbi fără măști, să îi putem vedea ori de câte ori ne dorim pe cei dragi și să îi putem îmbrățișa. Cred că pandemia ne-a dat lecții de viață importante și cred că ne-a făcut mai buni. Îmi doresc să rămânem umani.

12. Se vorbește de un deficit de medici în secțiile ATI. Este acest fapt valabil și atunci când vorbim de asistenți medicali?

Dacă medicii au nevoie de 5 ani de rezidențiat ca să poată fi specialiști ATI, noi, din băncile școlii, putem veni direct aici. Din păcate, începutul este foarte greu și nu poți ajunge să fii bun altfel decât acumulând experiență în secția ATI. Și, așa cum spuneam mai devreme, e nevoie cam de tot atâția ani pentru a te perfecționa.



13. Cu ce mesaj i-ați încuraja pe tinerii absolvenți de liceu să se îndrepte către profesia de asistent medical?

Dacă vă place să ajutați și dacă iubiți oamenii, veniți alături de noi! E o profesie grea, o profesie pe care, dacă o practici în spital, vine la pachet cu nopți albe, cu nopți departe de familie, cu sărbători petrecute cu pacienții, cu zile de naștere importante la care nu poți participa, cu nenumărate sacrificii, dar și cu satisfacția enormă că și datorită ție sunt salvate vieți omenești.

14. În contextul în care pandemia de COVID se apropie de final, care este mesajul dumneavoastră către colegii asistenți medicali?

Eu sunt foarte mândră de tot colectivul meu, sunt oameni minunați, sunt profesioniști desăvârșiți, toți știu ce trebuie să facă în orice situație și vreau să le mulțumesc pentru că există. Mesajul meu pentru colegii asistenți medicali este acela că îi felicit pentru că au ales o profesie nobilă, au ales să facă bine într-o lume care, ținând cont de actualul context mondial, se poate prăbuși peste noi.



ANDREI GABRIEL POPESCU - UN VIS CARE A PRINS ARIPI SPRE IRLANDA

Irlanda. Cine și de ce ar merge atât de departe de casă? Un tânăr care urmează un vis, un tânăr care transformă o oportunitate într-un drum deschis către împlinirea profesională.

În cazul de față, tânărul se numește Andrei Gabriel Popescu și este din Câmpulung Muscel, județul Argeș. Îl admir pentru sinceritatea cu care a recunoscut faptul că între el și profesia de asistent medical nu a fost dragoste la prima vedere, ci dragostea a crescut puțin câte puțin și s-a transformat, în timp, în profesia de suflet. Recunoștința față de părinții săi și faptul că este responsabil și asumat cresc valoarea sa ca om.

Vă invit să lecturați interviul care a „trecut” mări și țări, dar a ajuns la timp pentru a poposi în paginile Revistei Pro Asistent Argeșean și datorită căruia am descoperit un tânăr deosebit, un asistent medical profesionist față de care am un singur regret: că astfel de tineri nu întrevăd, cel puțin nu în viitorul apropiat, drumul către România.



1. Ce v-a determinat să vă alegeți profesia de asistent medical? Ce înseamnă această profesie pentru dumneavoastră?

Am început această profesie la îndrumarea părinților mei, oamenii cărora le datorez mult în tot ce înseamnă cariera mea profesională, în special, și nu numai. Am început necunoscând tainele și împlinirea emoțională pe care această profesie ți-o oferă. Inițial, era o simplă postliceală sanitară pe care o alegeam fără să simt o anume "chemare", dar mai târziu am înțeles esența acestei profesii și faptul că, sunt foarte multe momente în care, vieți omenești depind de acțiunile și implicarea ta directă. Vorbim de acel sincer și uman "mulțumesc" în urma ajutorului profesional pe care îl oferi oricărui om, și asta îți stârnește un sentiment de satisfacție și mândrie, un sentiment de dragoste față de oameni și împlinire profesională! Ulterior această profesie mi-a devenit pasiune și acum o exercit cu toată dragostea și dedicarea, cu toate cunoștințele și seriozitatea necesar!

2. De ce ați luat decizia să profesati în străinătate, din ce motive? Cum ați ales Irlanda de Nord?

În 2015, când am terminat postliceala sanitară, era în perioada în care un val de contractori din vestul Europei, prezentau interes în acest domeniu în scop de recrutare, oferind oportunitatea de dezvoltare pe plan profesional într-un sistem medical, poate din păcate, mult mai avansat și funcțional decât la noi. Am ales Irlanda de Nord în urma unor studii despre această țară și despre beneficiile profesionale și nu numai pe care mi le oferea această oportunitate.

3. V-au fost recunoscute acolo studiile din România sau a trebuit să faceți, suplimentar, alte studii?

În perioada când mi s-a ivit această oportunitate au fost necesare doar traducerea și legalizarea documentelor, a diplomei de asistenți recunoscută pe plan mondial, plus reușita unui examen de limbă "IELTS" proba oral, scris și interpretare text aleatoriu. Apoi, a urmat interviul de rigoare cu angajatorul, scopul fiind ca examinatorii să observe nivelul de limbă engleză și cunoștințele medicale în domeniu.

4. A fost nevoie să susțineți un examen pentru a vă putea înscrie în organizația asistenților medicali din Irlanda de nord?

Irlanda de Nord fiind parte UK, aplicarea pentru înregistrarea în NMC, la momentul respectiv, necesita "IELTS exam" și documentele uzuale plus diploma de asistent medical, traduse și legalizate.



5. Ce atitudine au asistenții medicali Nord Irlandezi față de formarea profesională? Urmează cursurile din obligație sau din dorința de a se perfecționa, de a deveni, cu adevărat, profesioniști?

Din propria experiență și situațiile cu care am avut plăcerea să am de a face, am observat o totală dedicare și un standard profesional ridicat în atitudinea noilor asistenți. Am avut și șansa de a avea sub tutelă noi studenți în practică, în această profesie și chiar pot spune că dau dovadă de profesionalism și seriozitate.

6. Cum se realizează perfecționarea profesională în țara în care lucrați acum?

Din acest punct de vedere, sistemul sanitar în UK este unul bine pus la punct și se investesc bani guvernamentali în scopul perfecționării și actualizării cunoștințelor pe plan medical. Este atât accesibil noilor studenți, cât și celor ce exercită această profesie deja, unele cursuri sunt obligatorii anual sau mai des, după caz. La fiecare trei ani se face evaluare de către NMC tuturor asistenților medicali înregistrați, în scopul prelungirii dreptului de practică pe teritoriul UK și reușita este obligatorie.

7. Ce calități considerați că trebuie să aibă un asistent medical bun?



Din punctul meu de vedere, această profesie trebuie în primul rând înțeleasă, este un domeniu în care importanța dedicării și seriozității profesionale sunt extrem de importante, poate chiar cheia succesului. Implicarea emoțională și profesională cred că sunt, în egală măsură, importante, iar empatia față de oameni, indiferent de caz, constituie o bază solidă în această profesie.

8. Cum este atmosfera de lucru, atitudinea colegilor? Cum sunt priviți asistenții medicali români sau de altă naționalitate de către personalul medical Nord Irlandez?

Am avut parte de o primire călduroasă încă din prima zi de serviciu, atmosfera călduroasă, oameni primitivi și extrem de civilizați, nu am simțit nicio clipă în echipele cu care am avut onoarea să lucrez, vreo formă de discriminare sau subestimare, am fost încurajat, am fost susținut și am avut de învățat extrem de mult de la toți colegii cu care am lucrat, de la medici până la infirmieri medicali și/sau alt personal adițional.

9. Ce diferențe ați sesizat între sistemul de sănătate irlandez și cel din România?

Din păcate și cu dezamăgire, dar o spun cu sinceritate, este unul uriaș! Din câte am înțeles acum, după șapte ani de când activez în profesia de asistent medical generalist pe teritoriul Marii Britanii, ar fi unul dintre cel mai bine pus la punct sistem medical din Europa și totodată total gratuit fiecărui locuitor legal cu drept de muncă de pe teritoriul Marii Britanii. De la organizare până la efectiv punerea în aplicare și intervențiile medicale asupra oamenilor. Se urmărește oferirea serviciilor de maximă calitate pacienților. Personalul medical este puternic încurajat să învețe și să perfecționeze fiecare cunoștință medicală.



10. Cum a traversat Irlanda de Nord pandemia de Covid 19? Cum a fost acolo în toată această perioadă de pandemie și ce măsuri s-au luat?

Această situație critică cu care ne-am confruntat în ultima perioadă de vreme s-a considerat un inamic puternic împotriva omenirii și, totodată, a sistemului medical, s-a abordat o tehnică specială pentru situații de criză și s-au aplicat reguli foarte bine puse la punct. De la empatia oamenilor și simțul civic, până la cunoștințele medicale ale personalului, de la respectarea legilor guvernamentale și punerea în practică, oamenii s-au mobilizat cu o dovadă de civilizație și seriozitate în vederea combaterii inamicului invizibil. A fost, și chiar este, o colaborare între personalul medical și oamenii de aici de un uriaș succes, o lege a simțului civic nescrisă!

11. Care a fost impactul pandemiei asupra dumneavoastră și a colegilor?

Aici vorbim de o perioadă gri, o perioadă cu lipsă de personal întocmai din această situație critică, vorbim de un efort uriaș al tuturor angajaților, vorbim de ore de lucru epuizante, vorbim de condițiile de muncă nu tocmai confortabile datorită echipamentului necesar utilizat în fiecare tură de 12 ore de lucru exercitate uneori fără pauze. Lipsa informației constituia la început și frica expunerii asupra virusului, era o teamă permanentă a ceea ce ți s-ar putea întâmpla chiar ție sau familiei tale, și cu toate acestea personalul continuă să ofere îngrijire cu seriozitate și profesionalism pacienților.

12. Ați avut în îngrijire pacienți infectați cu noul virus? Care este acum atmosfera de la locul de muncă?

Din nefericire, au fost chiar foarte multe cazuri de infectați cu COVID-19 cu care am luat direct contact, dar am abordat, cu succes, o mentalitate profesională adecvată pentru combaterea acestei situații critice și nu am înregistrat, nici eu personal și nici echipa cu care am lucrat, pierderi de vieți omenești din cauza acestui virus, cu toate că știam cazuri în care s-a întâmplat așa ceva.

În prezent, personalul medical este mult mai relaxat, oarecum din experiența acumulată, cât și din punct de vedere al informațiilor mai bogat adunate asupra virusului, despre care în prezent se știe mult mai multe detalii ce conduc atât la îngrijirea pacienților cu COVID-19, cât și la combaterea lui.

13. Cum a decurs campania de vaccinare a populației? Care au fost mesajele prin care populația a fost încurajată să aibă încredere în vaccinul împotriva COVID-19?

Populația a fost informată în permanență despre eficacitatea vaccinului, au fost prezentate și beneficiile, dar totodată și posibilele reacții adverse ce pot apărea în urma vaccinării.

Populației i s-a pus la dispoziție un sistem de vaccinare complex și confortabil cu acces la înscrierea pentru efectuare, atât prin medicul de familie, cât și în mediul online, rămânând la decizia fiecărui locuitor de a se vaccina sau nu, respectându-se drepturile omului. S-a înregistrat un procentaj de 73.2% populație vaccinată complet până în prezent. Se continuă încurajarea populației către vaccinare.

14. Cum funcționează sistemul de asigurări de sănătate Nord Irlandez, există persoane neasigurate?

Irlanda de Nord fiind parte a regatului Marii Britanii, se ghidează după aceleași sistem de asigurări medicale, fiecare locuitor înregistrat cu drept de muncă sau "pre-settlement /settlement" beneficiază gratuit de serviciile medicale.

15. Ne puteți spune care sunt, în Irlanda de Nord, diferențele dintre sistemul public de sănătate și cel privat? Este adevărat că accesul la consultații medicale de specialitate este dificil și se face doar prin intermediul medicului de familie?

Sistemul public de sănătate oferă consultații de specialitate gratuite prin intermediul medicului de familie, pe bază de programare și/sau în funcție de gravitatea fiecărei situații. Sistemul medical privat este mai puțin cunoscut și utilizat de către locuitori, datorită eficacității sistemului public de sănătate, și se face în urma unor costuri suportate personal.

16. Care sunt aspirațiile dumneavoastră din punct de vedere profesional?

Sunt un om modest, acest lucru se reflectă și în caracterul profesional, îmi doresc să țin pasul cu orice nouă informație în domeniu, știu că am și suportul sistemului medical de aici în îndeplinirea acestui aspect, îmi doresc să continui să constituie o piesă importantă în echipa cu care lucrez și să acumulez "feedback-uri" pozitive din partea pacienților și a personalului. Acum, după șapte ani de activitate în domeniul acesta, pot să spun că slujba pe care o exercit mi-a devenit și pasiune și continui să o fac din plăcere și dedicare.

17. Asistentul face, deopotrivă, echipă cu pacientul și cu medicul. Sunteți legătura dintre medic și pacient. Cum vedeți dumneavoastră această echipă acolo, în Irlanda de Nord, spre deosebire de cea din România?

Contactul meu privind acest aspect în România a fost doar pe perioada studiilor. Nu-mi pot exprima neapărat părerea despre legătura dintre asistent și medic în România neavând experiența necesară. În ceea ce privește situația de aici, pot spune că relația medic/asistent/pacient este una bine pusă la punct, bazată pe o comunicare eficientă și actualizarea informațiilor în ceea ce privește starea de sănătate a pacientului, pacientul constituind prioritatea ambelor cadre medicale.

18. Luați în calcul să vă întoarceți acasă, în țară, la un moment dat? Mai ales, acum, că s-au îmbunătățit condițiile?

În 2015, am plecat cu gândul de a-mi perfecționa abilitățile profesionale, ulterior circumstanțele s-au schimbat și, în prezent, nu am în vedere întoarcerea din punct de vedere profesional în țară, deși mi-aș dori să împărtășesc cunostințele acumulate în acest sistem medical, dacă va fi necesar, și cu alți asistenți medicali din România.



**ION GEORGESCU, PRIMARUL ORAȘULUI MIOVENI:
OMUL CARE SFÎNȚEȘTE LOCUL!**

Recunoștința. Ce mare dar pentru cei care poartă în suflete motive să mulțumească semenilor!

Din astfel de motive, revista PRO ASISTENT ARGEȘEAN este onorată să găzduiască PAGINA RECUNOȘTINȚEI dedicată acelor personalități, acelor profesioniști de top din diverse domenii, care ne-au devenit parteneri de suflet în diverse proiecte și campanii pe care Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali Filiala Argeș le-a inițiat și desfășurat de-a lungul timpului.

În acest număr, recunoștința și întreaga noastră considerație se îndreaptă către primarul orașului Mioveni, Ion Georgescu, pentru modul în care, de-a lungul anilor, a fost alături de sistemul medical argeșean, în mod special al celui din comunitatea Mioveni, și, implicit, alături de organizația profesională a asistenților medicali argeșeni.

A fost prezent la fiecare eveniment organizat de OAMGMAMR Argeș în Mioveni, a pus la dispoziție infrastructura necesară desfășurării evenimentelor, a încurajat asistenții medicali și a făcut tot ce i-a stat în putință pentru ca activitatea medicală de la Mioveni să se desfășoare în condiții de top astfel încât serviciile medicale oferite cetățenilor să fie de calitate superioară.



Se spune despre Domnia Sa că este „Omul care sfîntește locul”, că este omul care construiește punți între oameni și punți pentru oameni. A dovedit, cu fiecare acțiune, că este solidar cu toate acele cauze menite să genereze bine pentru comunitatea pe care o reprezintă.

Fie că a fost vorba despre diverse investiții majore, despre susținerea educației, despre activități culturale sau despre cauze umanitare, edilul de la Mioveni a pus la bătaie voința, dorința, pregătirea și dăruirea sa.

Pentru ideile și proiectele în care a crezut și crede având convingerea că sunt utile locuitorilor din Mioveni, a pus și pune în mișcare toți factorii decisivi.

Implicarea și modul în care a contribuit la dezvoltarea comunității, i-au adus primarului Ion Georgescu, de două ori, Diploma ***Cel mai bun primar de oraș din țară, distincție*** acordată de către Revista de Administrație Publică Locală din România.

Un domeniu pentru care a făcut eforturi uriașe este cel al sănătății. Știm cu toții deja că, datorită Domniei Sale și a echipei pe care o conduce, în județul Argeș s-a construit primul și singurul spital public din România, de după Revoluție.

Un proiect îndrăzneț și greu de realizat, cu multe dificultăți. Când pui însă pe primul loc binele semenilor, când ai ca motivație sănătatea celor pe care îi reprezinți, vine un moment în

care vezi cum ideea în care ai crezut, proiectul pe care l-ai susținut, se realizează pas cu pas, se ridică trainic până când este pus în slujba comunității.

Mai mare satisfacție decât să culegi roadele a ceea ce ai semănat, decât să privești rezultatul muncii tale depusă în beneficiul semenilor nu poate exista.

Am legat cu Domnia Sa o strânsă relație de prietenie bazată pe respectul reciproc al fiecăruia dintre noi față de profesionalismul și reputația partenerului. De la prima strângere de mână am parafat încrederea și obiectivul comun, acela de a activa pe de o parte pentru dezvoltarea profesiei de asistent medical în vederea atingerii superlativului, iar pe de altă parte pentru ca pacienții să aibă asigurate condițiile unor servicii medicale de calitate superioară.

Într-un astfel de parteneriat,



al profesionalismului la superlativ și al implicării, ești provocat constant să dai tot ce ai mai bun.

Suntem, împreună, pe drumul excelenței profesionale și, oricâte trepte avem de urcat, știm că în echipă avem toate șansele să reușim.

Ne onorează această relație de colaborare cu omul și profesionistul Ion Georgescu, primarul orașului Mioveni, pe care îl prețuim și căruia îi adresăm, absolut firesc și meritat, cuvântul emblemă al recunoștinței:

”MULTUMIM !”
”MULTUMIM !”

Cu Recunoștință,

Estera Stămoiu, președinte Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România Filiala Argeș

PREVENȚIA - "UMBRELĂ" PENTRU PROTEJAREA SĂNĂTĂȚII

Obişnuim să ne urăm, în diverse situații, <<sănătate că-i mai bună decât toate>> și știm deja cu toții că <<e mai bine să previi decât să tratezi>>.

Am învățat aceste coordonate principale ale unei stări de sănătate aflate în parametri normali, dar, deși cunoaștem bine teoria, ne încurcăm la practică.

Majoritatea dintre noi, cei care știm că prevenția este șansa noastră de protecție la o stare mai bună de sănătate, și-a făcut un obicei din a merge la doctor doar atunci când durerea fizică crește în intensitate. Pentru cei care așteaptă să ajungă în acest moment pentru a se prezenta la doctor poate fi prea târziu. Regretele tardive, în multe dintre cazuri, nu pot schimba cu nimic situația.

Din dorința de a veni în sprijinul tuturor argeșenilor cu informații deosebit de utile, menite să conducă la însușirea unui comportament constant de prețuire și îngrijire a sănătății personale și a sănătății celor dragi, Pagina Pacientului este dedicată, în acest număr, prevenției. Potrivit <https://dexonline.ro/>, prevenția reprezintă un „ansamblu de măsuri menite să evite apariția unei boli”. Prevenția a devenit, în ultimii ani, o preocupare constantă a Ministerului Sănătății care finanțează din bugetul său programele naționale de sănătate publică al căror scop general este acela de maximizare a sănătății la nivelul populației prin prevenirea apariției unor boli sau complicații.

Pacienții argeșeni trebuie să cunoască faptul că programele de sănătate publică se derulează atât prin intermediul Ministerului Sănătății, cât și prin intermediul Casei de Asigurări de Sănătate. O parte dintre programele naționale de sănătate publică au fost concepute strict pentru prevenție, iar cealaltă parte au în vedere susținerea pacienților cu afecțiuni grave.

Informații suplimentare pentru fiecare program în parte se pot obține de la medicul de familie în evidența căruia se află pacientul interesat.

Programele naționale de sănătate publică derulate de Ministerul Sănătății:

- a) Programul național de vaccinare;
- b) Programul național de supraveghere și control a bolilor transmisibile prioritare;
- c) Programul național de prevenire, supraveghere și control a infecției HIV/SIDA;
- d) Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei;
- e) Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă;
- f) Programul național de securitate transfuzională;
- g) Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice;
- h) Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică;
- i) Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;



- j) Programul național de evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vitaminei D la persoanele din grupele de risc;
- k) Programul național de tratament dietetic pentru boli rare;
- l) Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;
- m) Programul național de sănătate a femeii și copilului.

Programele naționale de sănătate derulate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate:

- a) Programul național de boli cardiovasculare;
- b) Programul național de oncologie;
- c) Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile;
- d) Programul național de diabet zaharat;
- e) Programul național de tratament al bolilor neurologice;
- f) Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei;
- g) Programul național de tratament pentru boli rare;
- h) Programul național de sănătate mintală;
- i) Programul național de boli endocrine;
- j) Programul național de ortopedie;
- k) Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
- l) Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;
- m) Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice;
- n) Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță

Sursa: <https://www.ms.ro/2022/02/09/proiectul-de-hotararea-a-guvernului-privind-aprobarea-programelor-nationale-de-sanatate/>



Tot la capitolul prevenție se înscriu și analizele de sânge făcute periodic, precum și ecografiile.

Este deosebit de important să acordăm prevenției atenția cuvenită întrucât de modul în care ne raportăm la această oportunitate de a ne îngriji starea de sănătate poate să depindă însăși viața noastră.

Interesul Ministerului Sănătății pentru prevenție este remarcabil, dar trebuie susținut „de adaptarea (putem spune evoluția) programelor informatice de cabinet, care ar trebui să fie un ajutor al medicilor și asistenților medicali în activitatea curentă de prevenție.

Oricum, rolul medicilor de familie s-a schimbat în ultimele decenii de la poziția reactivă în fața bolilor acute și cronice în cea proactivă față de sănătatea optimă a comunității de pacienți pe care o îngrijește”. sursa: <https://www.medfam.ro/medicul-de-familie-si-preventia/>

De ce prevenție? Sănătate, longevitate, timp și bani

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, 80% din bolile cronice pot fi prevenite, principalii factori de îmbolnăvire fiind dieta dezechilibrată, inactivitatea fizică și fumatul. Iată de ce schimbarea stilului de viață poate îmbunătăți semnificativ starea de sănătate și longevitatea. Și nu e vorba doar de calitatea vieții, ci și de aspectul financiar: cei care sunt implicați activ în păstrarea propriei sănătăți sunt în măsură să prevină o serie de probleme medicale, economisind astfel banii pe care altfel i-ar fi alocat pentru consultații și medicamente.

Și, nu în ultimul rând, nu uităm și de resursa noastră cea mai prețioasă: timpul. Cu cât suntem mai sănătoși, pe de o parte putem munci mai mult, iar de cealaltă parte suntem mai mult timp alături de cei dragi.

Sursa: <https://www.centrul-provita.ro/articole/422/preventia-salveaza-vietii-pune-ti-sanatatea-pe-primul-loc>

**MARIA CONSTANTINESCU –
PE PRIMA TREAPTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL**

Asistența medicală din România are viitorul asigurat. Așa îmi spun de fiecare dată când interacționez cu un tânăr valoros care a ales să urmeze drumul către profesia de asistent medical, care este legat sufletește de această profesie către care se îndreaptă cu entuziasm.

Maria Constantinescu este un astfel de tânăr. Deși este studentă în anul I la Școala Sanitară Postliceală Prof. Dr. Nanu I. Muscel din Câmpulung, Maria Constantinescu are o profunzime și o maturitate care reprezintă un bagaj important ce se va afla, cu siguranță, la fundația unei cariere remarcabile în domeniul profesional ales.

Are atâta deschidere, atâta dorință de a reuși încât sigur, peste doar câțiva ani, se va alătura echipei de profesioniști a asistenților medicali argeșeni.



1. Ce v-a motivat să alegeți profesia de asistent medical?

Credința că pot face mai mult bine acolo unde este foarte mare nevoie: printre pacienți, dar și curiozitatea în domeniul medicinei și al întregului corp uman, care este o "mașinărie" uimitoare din toate punctele de vedere.

2. În ce specialitate vă doriți să vă desfășurați activitatea și de ce?

În neonatologie: din ce în ce mai multe femei devin mame fiind singure sau neînțelese, judecate de cei din jur. Îmi doresc să pot aduce o alinare, un gând bun, un sfat folositor tuturor mamelor, să pot fii ceea ce au nevoie la momentul respectiv. Și desigur, îmi plac bebelușii. De asemenea, secția de chirurgie mă atrage, putând învăța atâtea despre corpul uman, dar și să știu că fac parte dintr-o echipă care salvează vieți cu atâta îndemânare.

3. Cum s-a văzut pandemia de coronavirus prin ochii unui viitor asistent medical?

Plină de încercări, solicitant. Această pandemie a luat cu ea alinarea pacientului prin vizitele interzise ale familiei și prietenilor. Așadar, asistenții medicali ar trebui să fie răbdători și înțelegători.

4. După terminarea studiilor doriți să profesați în țară sau în străinătate?

Îmi doresc să profesez la mine acasă, în țară.

5. Ce calități credeți că trebuie să aibă un asistent medical pentru a deveni un profesionist și a fi apreciat de pacienți?

Pentru a fi un profesionist, această meserie trebuie tratată ca atare. Ne ocupăm de oameni, nu de obiecte, deci totul trebuie luat în serios; să avem cunoștințe cât mai multe în acest domeniu și să fim capabili să le punem în practică. Pentru a fi apreciat, asistenții medicali trebuie să

privească prin ochii pacientului, care trebuie tratat așa cum ne-am dori noi (asistenții) să fim tratați dacă rolurile ar fi schimbate. Omenia, vorbele calde, compasiunea, încurajările sunt atribuții ce cred că ar trebui să le dețină fiecare cadru medical.

6. Cum ați încuraja alți tineri să se îndrepte către această profesie? Care ar fi motivația supremă pentru a alege profesia de asistent medical?

Această profesie nu este pentru oricine, cred, dar cei care sunt capabili ar trebui să aibă curajul să facă mai mult bine și să consolideze prezentul și viitorul medical prin performanță și empatie. Motivația supremă este diferită pentru fiecare în parte. Profesia aceasta nu trebuie tratată cu superficialitate sau doar ca o profesie bănoasă (motiv care contribuie în alegerea carierei). Dacă îți dorești să faci o schimbare în bine făcând ceea ce-ți place cu adevărat, e tot ce contează; satisfacția că ești capabil să ajuți prin profesia aleasă, este minunată.

7. Ce anume v-a ghidat către instituția de învățământ pe care ați ales-o ca să vă fie fundație solidă pentru cariera de asistent medical?

În primul rând, faptul că această școală este în orașul meu, foarte aproape de mine, fiind foarte ușor să ajung zilnic la cursuri. În al doilea rând, cadrul profesoral, ce a fost apreciat de către diverse cunoștințe ce au absolvit această școală. Modulele din programă par să acopere tot ceea ce trebuie să știe un viitor asistent medical.

8. Cum a fost prima întâlnire cu profesorii, ce impresie v-a lăsat primul pas către această activitate profesională?

Sincer, prima dată am crezut că va fi fix ca la liceu. Profesorii dictează, eu scriu. Dar nu. Desigur, este multă teorie, însă îmi place foarte mult faptul că avem discuții libere pe diverse



teme și clar nu mai am acea teamă de a pune întrebări ca în trecut, așteptând răspunsurile profesorilor. În această școală, profesorii sunt capabili să îmi capteze atenția, să fie foarte expliciți și răbdători. Sunt doctori și profesori care își iubesc meseria și o fac așa cum trebuie.

9. Aveți, în această profesie, o persoană pe care o admirați și care vă este model? Dacă da, de ce anume o admirați și ați ales-o ca model?

Nu admir o persoană anume. Admir toți asistenții medicali care practică această meserie cu suflet. Nu este o meserie ușoară. Fiind spitalizată de câteva ori, am avut de-a face cu mulți asistenți dedicați acestei cariere, iar acest lucru contează mult pentru fiecare pacient.

10. Profesia de asistent medical are multe provocări. Cum credeți că le veți face față, de unde veți găsi resursele necesare?

Sper că voi putea face față tuturor provocărilor care urmează, fiind conștientă că voi avea zile când mă voi simți poate neputincioasă sau doborâtă moral. Cu toate acestea, sper să reușesc să mă mențin prin resurse proprii, cum ar fi autocontrolul, omenia, răbdarea, înțelegerea dar și cu ajutorul cunoștințelor dobândite în școală și nu numai. De asemenea, timpul liber petrecut cu familia mă va ajuta să mă încarc pozitiv și să prind încredere în propriile forțe.

CIMBRUL ȘI AROMA SA TĂMĂDUITOARE

Are o aromă... Puternică. Inconfundabilă. Adevărată sevă de viață. Dintre toate plantele care au rol de condimente, dar și proprietăți terapeutice, cimbrul se face remarcant de la bun început prin mireasma sa puternică. Folosit în mai toată lumea pentru a da aromă deosebită mâncărilor, cimbrul surprinde și prin proprietățile sale terapeutice.

Deși există mai mult de șaiszeci de tipuri de cimbru, cea mai comună specie culinară este cimbrul de grădină. Frunzele de cimbru sunt folosite fie proaspete, fie deshidratate ori chiar sub formă de pulbere macinată.

Cimbrul, această plantă medicinală și condiment, poate fi folosită în tratarea și prevenirea multor afecțiuni. Speciile de plante aromatice din genul *Thymus* (e.g. *Thymus serpyllum*, *Thymus algeriensis* și *Thymus vulgaris*) sunt plante medicinale importante, foarte recomandate datorită proprietăților terapeutice antireumatice, antiseptice, antispasmodice, antimicrobiene, cardiace, carminative, diuretice și expectorante ale uleiurilor lor esențiale, cunoscute în mod obișnuit sub numele de ulei de cimbru. Uleiul este, de asemenea, benefic în stimularea sistemului imunitar și ajută la combaterea răcelii, gripei, bolilor infecțioase și frisoanelor. S-a dovedit a fi un antiseptic urinar, fiind foarte util pentru cistită și uretrită.



Beneficii cimbru

Reduce anxietatea – practicienii de aromaterapie consideră că cimbrul are efecte anxiolitice. Potrivit unui studiu din anul 2014 efectuat pe șobolani, publicat în *Journal of Acute Disease*, s-a demonstrat că cimbrul scade nivelul de stres.

Gestionează dermatita atopică cronică – aplicarea timolului pe pielea pacienților cu dermatită atopică are un răspuns fiziologic direct. Acesta ajută la micșorarea straturilor cutanate dermice și epidermice, umflate, ce sunt caracteristice dermatitei. În plus, timolul a reușit să prevină infecțiile secundare cauzate de bacteriile *Staphylococcus aureus*.

Proprietăți antifungice și antiinflamatorii – timolul este cea mai activă substanță din cimbru, care are capacitatea de a preveni infecțiile fungice și totodată, chiar de a lupta împotriva acestora. Mai mult decât atât, timolul poate lupta împotriva ciclooxygenazei-2 (COX-2), o enzimă responsabilă de inflamația din organism. În plus, carvacrolul, un alt ulei din cimbru, are un efect similar, reducând citokinele inflamatorii.

Tratează problemele respiratorii – cimbrul este excelent și pentru sănătatea respiratorie și este folosit de sute de ani pentru tratarea afecțiunilor respiratorii începând de la tuse, congestie nazală și până la sinuzită, bronșită sau astm bronșic. Acționând precum un expectorant, acesta poate fi

folosit pentru tratarea tusei productive. Pentru a-i potența efectele benefice asupra aparatului respirator, consumă cimbru sub formă de ceai. De asemenea, timolul acționează asupra receptorilor de pe limbă, gură, gât și pasajele nazale suprimând tusea.

Calmează durerea și spasmele. Cimbrul este recunoscut de mult timp, pentru proprietățile sale analgezice și antispastice. Cimbrul poate fi o alternativă viabilă la Ibuprofen, cu mult mai puține efecte secundare.

Benefic pentru igiena orală și afte bucale – Ceaiul de cimbru poate fi folosit pentru prevenirea



plăcii bacteriene, a gingivitelor și a respirației urât mirositoare. Mai mult decât atât, există dovezi că cimbrul ar putea trata aftele orale, o infecție frecventă cauzată de ciupercile *Candida albicans*.

Reduce tensiunea arterială – extractul de cimbru reduce semnificativ tensiunea arterială, așa că poți înlocui sarea cu cimbru pentru a-ți asezona mâncarea. Cercetătorii de la Universitatea din Belgrad au descoperit în cadrul unui studiu⁷ că un extract apos, saturat cu apă, obținut din cimbru sălbatic, a redus tensiunea arterială la șobolani. Șobolanii răspund la

hipertensiune în mod similar cu oamenii, astfel încât descoperirile ar putea avea implicații pentru organismul uman. Cu toate acestea, sunt necesare mai multe teste pentru ca datele să se dovedească semnificative.

Proprietăți antioxidante – cimbrul este una dintre plantele cu cea mai mare concentrație de antioxidanți. Antioxidanții fenolici din cimbru, printre care și luteina și zeaxantina, luptă împotriva radicalilor liberi combătând efectele pe care aceștia le au asupra organismului. Așadar, cimbrul previne stresul oxidativ și efectele dăunătoare, pe care acesta le are. În plus, uleiul esențial de cimbru (lat. *Tymus vulgaris*) are o potențială activitate antioxidantă.

Efect anticancerigen – extractele de cimbru mastic ar putea proteja oamenii de cancerul de colon.

Stimulează circulația sanguină – concentrația mare de fier și alte minerale importante regăsite în cimbru, stimulează producția de celule roșii, îmbunătățind circulația sanguină, dar de asemenea, contribuie și la oxigenarea mai bună a organelor și a extremităților corpului.

Fortifică sistemul imunitar – fiind bogat în conținutul de vitamina C, cimbrul are efecte benefice asupra sistemului imunitar. Vitamina C acționează, de asemenea, și asupra producției de collagen, substanță esențială pentru repararea și regenerarea celulelor, țesuturilor, mușchilor și vaselor de sânge.

Reduce stresul – vitamina B6, care se regăsește din belșug în cimbru, are un puternic efect asupra neurotransmițătorilor din creier care declanșează eliberarea de hormoni ai stresului.

Unii specialiști recomandă **compresele cu ceai de cimbru** și în cazurile ușoare de conjunctivită, iritații ale ochilor cauzate de substanțe chimice sau de lentile de contact. Ceaiul calmează inflamația, senzația de usturime și calmează ochii roșii.

Cum să prepari ceaiul de cimbru?

Poți prepara ceai de cimbru folosind frunze proaspete sau praf de cimbru măcinat ori cimbru uscat. Dacă folosești frunze proaspete, adaugă câteva crenguțe de cimbru la o cană de apă

clocotită. Lasă-le la infuzat și strecoară-le după 5-8 minute. Dacă prepari cu cimbru praf, adaugă aproximativ o linguriță de pulbere la o cană de apă clocotită și amestecă de mai multe ori, dacă este necar pentru a te asigura că se combină perfect.

Selecție și depozitare cimbru

Cimbrul poate fi cumpărat sub formă de plantă uscată sau proaspătă sau îl poți cultiva în grădina proprie. Cimbru uscat poate fi păstrat în condiții de siguranță la temperatura camerei, timp de până la doi ani, dar își pierde rapid proprietățile, după aproximativ un an. Cimbrul proaspăt rezistă în general, aproximativ o săptămână în frigider și va începe să se înnegrească, ulterior. Cimbrul proaspăt poate fi congelat și adăugat în stocuri direct din congelator. Capsulele de cimbru conțin frunze de cimbru praf și pot fi administrate de obicei, în doze între 250 și 500 de mg în fiecare zi. Ca regulă generală, nu depăși niciodată doza recomandată pe eticheta produsului.



Uleiul esențial de cimbru este de regulă, vândut în sticle de chihlimbar rezistente la lumină sau albastru de cobalt. Cele mai bune uleiuri de cimbru vor include, în general, numele în limba latină al plantei, adică *Thymus vulgaris*, țara de origine și metoda de extracție. Poți păstra uleiul esențial în frigider sau într-o cameră rece și uscată, ferit de lumina directă a soarelui. Radiațiile ultraviolete de la soare pot deteriora uleiurile esențiale.

Recomandări. La ce trebuie să fii atent

Cimbrul proaspăt și uscat este în general, sigur pentru consum. Cu toate acestea, consumul excesiv de cimbru poate indigestie, crampe, dureri de cap și amețeli. În același timp, uleiurile esențiale de cimbru sunt foarte concentrate și pot fi toxice în forma lor nediluată.

Persoanele care sunt alergice la cimbru sau la plante similare, cum ar fi busuioc, oregano, salvie și lavandă, pot prezenta simptome, precum sensibilitatea pielii, dacă ating frunze de cimbru sau greață, arsuri la stomac, diaree și vărsături, dacă consumă sau beau ceai de cimbru.

Mai mult decât atât, uleiul de cimbru sau suplimentele pe bază de cimbru trebuie evitate în timpul sarcinii. Timolul are efecte asemănătoare estrogenilor, care pot influența menstruația și pot crește riscul de avort spontan. Utilizarea cimbrului la gătit nu prezintă însă, un astfel de risc. Siguranța consumului uleiului de cimbru și a suplimentelor de cimbru, la copii nu a fost stabilită.

Interacțiuni cimbru

Cimbrul poate încetini coagularea sângelui și poate amplifica efectele anticoagulanților precum Coumadin (warfarină) sau Plavix (clopidogrel), provocând sângerări ușoare și vânătăi. De aceea, administrarea uleiului de cimbru sau suplimentelor pe bază de cimbru trebuie oprite cu cel puțin două săptămâni înainte de o intervenție chirurgicală pentru a preveni sângerările excesive.

Totodată, uleiul de cimbru sau suplimentele pe bază de cimbru trebuie utilizate cu precauție la persoanele care iau medicamente pentru tensiunea arterială ridicată. Administrarea acestora împreună, poate provoca hipotensiune arterială, adică o scădere anormală a tensiunii arteriale.

Pentru a evita interacțiunile de acest fel, discută cu medicul dacă iei sau intenționezi să iei cimbru pentru a trata orice afecțiune de sănătate. Asigură-te că menționezi toate medicamentele și suplimentele pe care le folosești în prezent.

Sursa: <https://doc.ro/sanatate/cimbrul-plantă-cu-efecte-curative>

ÎNGRIJIRILE LA DOMICILIU, DE LA TEORIE LA PRACTICĂ

Autor: Estera STĂMOIU

Președinte OAMGMAMR Filiala Argeș



”Să faci ceea ce nimeni altcineva nu e dispus să facă, într-o manieră în care nimeni altcineva nu poate, în ciuda tuturor greutăților întâmpinate – asta înseamnă să fii asistent.” (Raws Williams)

Pandemia de Covid-19 a restrâns și a limitat accesul bolnavilor la servicii medicale, fapt care a generat o creștere a nevoilor de acordare a îngrijirilor de sănătate la domiciliul bolnavilor. Cu siguranță mulți asistenți medicali au fost solicitați în acest sens și, cu bună credință, profesionalism și empatie manifestată față de bolnavul aflat în dificultate, nu au ezitat să acorde îngrijiri la domiciliu.

Ceea ce îmi propun să readuc în atenția asistenților medicali este cadrul legislativ care reglementează acordarea acestor îngrijiri, apreciind că unul dintre domeniile de vulnerabilitate a practicii medicale a asistentului medical, îl poate constitui acordarea îngrijirilor la domiciliu.

Prin îngrijire la domiciliu legiuitorul înțelege orice activitate de îngrijire medicală prestată de personal specializat, la domiciliul pacientului, care contribuie la îmbunătățirea stării de bine a acestuia din punct de vedere fizic și psihic și se efectuează numai la indicația medicilor.

Poate oricine, oriunde și oricând să presteze acest tip de activitate? Care sunt condițiile impuse de lege pentru a putea furniza îngrijiri la domiciliu? Care sunt serviciile ce pot fi acordate și care sunt standardele minime ce trebuie respectate de furnizor?

Răspunsul este evident ”NU”. Există un întreg arsenal de norme juridice care reglementează acest domeniu și care în același timp stabilește care sunt obligațiile personalului medical.

Și pentru a întări necesitatea informării și cunoașterii acestui domeniu, aș exemplifica prin expunerea unei situații medicale adusă în atenția Comisiei de etică și deontologie de către o pacientă. Aceasta s-a îndreptat cu o plângere împotriva unui asistent medical, acuzând că în urma tratamentului administrat mamei sale, la domiciliul acesteia, aceasta a decedat.

Ceea ce reținem din acest exemplu este că acordarea asistenței medicale la domiciliul bolnavului poate să conducă la situații cu un potențial risc profesional și legal, motiv pentru care este bine să cunoaștem reglementările juridice care se aplică acestor situații.



La prima vedere, asistentul medical, aflându-se în timpul său liber, nu are nici o obligație legală de a se abține pentru a acorda asistență medicală în astfel de circumstanțe, așa încât acțiunea de a răspunde solicitării unei persoane care are nevoie de serviciile unui asistent medical la domiciliu, nu va fi sancționat din punct de vedere legal, pentru că moral, personalul medical și-a îndeplinit o îndatorire morală, aceea de a acorda o îngrijire medicală.

Dar ce nu trebuie uitat este că exercitarea profesiei noastre are la bază un ansamblu de principii și valori, iar actul de îngrijire, dincolo de componenta științifică, are o importantă componentă legală și respectarea legislației este fundamentală pentru asistentul medical, aceasta fiind garanția pe care o dăm societății în ceea ce privește practica noastră medicală.

Actul normativ de bază care reglementează această materie este Ordinul M.S. nr. 318/2003 pentru aprobarea Normelor privind organizarea și funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum și autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii. Potrivit acestuia, pot fi furnizori de îngrijiri la domiciliu persoane juridice sau fizice.

Ministerul Sănătății autorizează furnizorii de îngrijiri la domiciliu care se încadrează în criteriile stabilite de lege.

Ceea ce trebuie adus în discuție este faptul că potrivit legislației care reglementează exercitarea profesiei noastre, asistentul medical poate exercita în regim independent ca persoană fizică independentă sau ca titular de cabinet, așa cum este prevăzut în OMS nr. 1454/2014, cu modificări și completări ulterioare. Potrivit normelor de practică independentă a profesiei, ca PFI, asistentul medical poate presta numai în baza unui contract de prestări servicii cu o unitate sanitară autorizată, în condițiile legii. Din interpretarea acestei prevederi înțelegem că asistentul medical nu poate furniza îngrijiri la domiciliu ca PFI.

În schimb, ca titular de cabinet, același Ordin 1454/2014 prevede că poate, sub condiția de a fi autorizat ca furnizor de îngrijiri medicale, în condițiile legii.

Prin persoane juridice înțelegem acele entități prevăzute de lege, precum și orice alte organizații legal înființate, care au o organizare de sine stătătoare, un patrimoniu propriu, afectat realizării unui scop licit și moral, în acord cu interesul general.

Un asistent medical poate pune bazele înființării unei persoane juridice în sensul mai sus arătat, deci poate, împreună cu alți membri fondatori să înființeze o entitate, asociație, fundație,



având ca obiect de activitate stipulat expres în actul constitutiv, furnizarea îngrijirilor la domiciliu.

Documentele necesare prevăzute de lege în vederea autorizării persoanelor juridice sau fizice care asigură îngrijirile la domiciliu sunt, după caz,

următoarele: formular pentru solicitarea autorizării de către persoanele juridice și, respectiv, persoanele fizice; statutul unității și alte documente constitutive; documente care atestă dobândirea personalității juridice; dovada înregistrării în registrul asociațiilor și fundațiilor; ultimul bilanț contabil autentificat și depus la direcția generală a finanțelor publice teritoriale; documente privind deținerea sediului (situație juridică, schița de plan); regulamentul de organizare și funcționare și organigrama; documente privind codul fiscal, contul în bancă, certificate de înregistrare fiscală, ultimul extras de cont; autorizația sanitară de funcționare; autorizația de liberă practică pentru persoanele fizice; autorizația de liberă practică pentru personalul angajat al persoanelor juridice.

Un aspect deosebit de important este că după autorizare, casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate, cu obligativitatea existenței a cel puțin unui medic care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor și dotarea necesară conform legislației în vigoare.

Drepturile beneficiarilor sunt, în principal, următoarele: să li se respecte drepturile și libertățile fundamentale, fără nici o discriminare; să fie informați cu privire la drepturile lor, serviciile primite, precum și cu privire la situațiile de risc ce pot apare pe parcursul derulării serviciilor; să li se comunice drepturile și obligațiile, în calitate de beneficiari ai serviciilor de îngrijire; să beneficieze de serviciile prevăzute în contractul de furnizare servicii; să participe la procesul de luare a deciziilor în furnizarea serviciilor de îngrijire, să li se asigure păstrarea confidențialității asupra datelor personale, informațiilor furnizate și primite; să li se garanteze demnitatea și intimitatea; să fie protejați împotriva riscului de abuz și neglijare; să-și exprime liber opinia cu privire la serviciile primite. Drepturile și obligațiile beneficiarilor serviciilor de îngrijire la domiciliu sunt menționate în contractul de furnizare servicii.

Personalul medical are în principal următoarele obligații: să aplice tehnicile și procedurile de îngrijire adecvate; să adopte un comportament adecvat pentru a dezvolta relații de încredere și înțelegere; să identifice posibilele riscuri de accidente sau de agravare a stării de sănătate a beneficiarului cauzate de mediul ambiental și/sau familial; să administreze medicamentele numai în conformitate cu prescripțiile medicale eliberate de medicii de familie sau cabinetele medicale de specialitate; să respecte normele de igienă, pentru prevenirea și combaterea infecțiilor; să apeleze la serviciile medicale de urgență în cazul în care situația o impune.

Sper ca toate aceste precizări și menționări legislative să nu descurajeze un asistent medical, ci dimpotrivă, să-l încurajeze și să-l determine, ca în acord cu legislația existentă să fie furnizor de îngrijiri la domiciliu, răspunzând astfel unei mari provocări profesionale, cât și a societății, importanta și atât de necesara nevoie a populației în acest domeniu.

În concluzie, un îndemn pentru asistentul medical: "Fii tu schimbarea pe care ți-o dorești în profesia ta!"



TEST



1. Cancerul de sân este întâlnit:

- a) doar la femei;
- b) doar la bărbați;
- c) atât la femei cât și la bărbați.

2. Screeningul pentru cancerul de sân:

- a) previne dezvoltarea cancerului de sân;
- b) ajută la depistarea bolii incipiente;
- c) ajută la depistarea tumorilor voluminoase.

3. Sunt mai expuse riscului de a dezvolta TBC persoanele:

- a) obeze;
- b) care consumă alcool, cu imunitate scăzută;
- c) care locuiesc în orașe.

4. Prima infecție a TBC tratată:

- a) se vindecă complet, rapid;
- b) nu se vindecă niciodată;
- c) se vindecă complet, lent.

5. Coloana vertebrală este formată din:

- a) 29-33 vertebre;
- b) 33-34 vertebre;
- c) 31-32.

6. Coloana vertebrală prezintă:

- a) 23 discuri intervertebrale;
- b) 24 discuri intervertebrale;
- c) 26 discuri intervertebrale.



7. Câte perechi de cromozomi există în ființa umană?

- a) 42;
- b) 46;
- c) 45.

8. Prezența cărui cromozom este cauza Sindromului Down?

- a) a cromozomului 46;
- b) a cromozomului 45;
- c) a cromozomului 47.

9. Ateroscleroza este frecventă la:

- a) bărbați;
- b) femei;
- c) ambele răspunsuri sunt corecte.

10. În stadiul de lipoiză al aterosclerozei apare:

- a) formarea de cheaguri;
- b) depunerea secundară de lipide;
- c) îngroșarea circumscrisă a intimei.

11. Transmiterea TBC se face:

- a) interuman;
- b) de la animale la om;
- c) ambele răspunsuri sunt corecte.

12. Rezultatul pozitiv la testul IDR la tuberculină presupune apariția unei inflamații cu diametrul:

- a) mai mare de 5 mm;
- b) mai mare de 10 mm;
- c) mai mare de 7 mm.



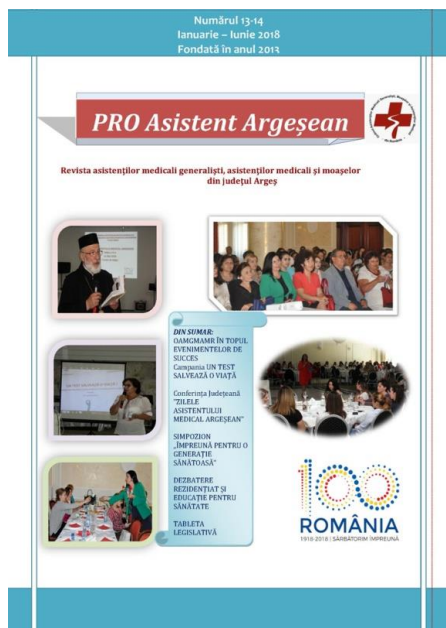
Distinsă Colegă/ Distins Coleg

În viața profesională, un asistent medical acumulează atâta experiență încât, cu siguranță, există și momente păstrate bine în suflet, dar care merită să fie și împărtășite semenilor pentru rolul lor de „profesor” pe care îl pot avea.

De aceea, vă propunem, dragi asistenți medicali argeșeni, ca, la rândul dumneavoastră, să deschideți cutia cu emoții a profesiei și să faceți cunoscute momentele care v-au marcat atât de mult încât au meritat păstrate în suflet și experiențele care au avut un impact atât de puternic încât au schimbat direcții, au deschis noi perspective.

PAGINA ASISTENTULUI MEDICAL ne dorim să fie acel loc de întâlnire a experiențelor, un loc în care să onorăm profesioniștii, să schimbăm opinii, să ne motivăm reciproc pentru a crește stima de sine, pentru a ne dezvolta profesional.

Vă propunem, așadar, să fiți parte din echipa de redacție a REVISTEI PRO ASISTENT ARGEȘEAN și să ne dați de veste despre situații deosebite în activitatea de zilnică, despre colegi pe care îi admirați și pe care vă doriți să îi dați exemplu pentru activitatea pe care o desfășoară, despre pacienții care s-au îndreptat către dumneavoastră cu recunoștința celui care s-a întors sănătos lângă cei dragi, despre echipa alături de care vă desfășurați profesia.

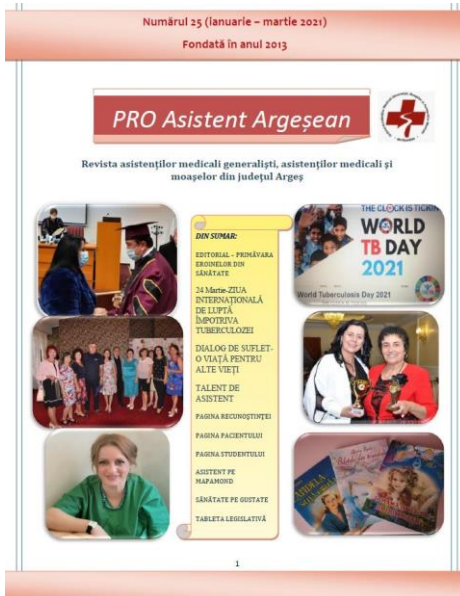


În PAGINA ASISTENTULUI MEDICAL veți avea oportunitatea de a vă întâlni și de a povesti, de a vă motiva reciproc pentru a fi mai buni, de a performa în profesia aleasă.

Acceptați provocarea! Vă așteptăm cu inimile deschise!

*Ne puteți scrie la adresa
oammrarges.comunicare@yahoo.com*

*Cu gânduri bune,
Echipa de Redacție a REVISTEI PRO ASISTENT ARGEȘEAN*



CONSILIUL EDITORIAL

COORDONATOR REVISTA PRO ASISTENT ARGEȘEAN:

Estera STĂMOIU

COMITET ȘTIINȚIFIC:

Conf. univ. dr. George-Mihail MAN

Conf. univ. dr. Marilena-Monica ȚÂNȚU

Profesor instructor Ecaterina GOGEL

As. med. gen. licențiat Amalia-Cristina NEACȘU

As. med. gen. Mihaela MIHAI-OPREA

As. med. gen. Silvia-Ecaterina LUNGU

REDACTOR ȘEF

Aurora-Elena SĂRĂRESCU

DESIGN & GRAFICĂ

Clelia FLOREA-MATEI

Date de contact:

Pitești, str. Victoriei nr. 57, jud. ARGEȘ

Telefon-fax: 0348 401 082

E-mail: oammr_arges@yahoo.com

Website: www.oammr-arges.ro

2022

**SOLIDARITATE PENTRU PACE,
SOLIDARITATE PENTRU SĂNĂTATE**

2022

**SOLIDARITATE PENTRU PACE,
SOLIDARITATE PENTRU SĂNĂTATE**

