

# REVISTA ASISTENT

VIAȚA ȘI SĂNĂTATEA

**Nr. 3/ 2010**

Școala Ecologică “Sfântul Ștefan” – Craiova



2000-2011

---

# Colectivul redacțional

---

## **Dezvoltarea durabilă**

Prof. mast. Teclu **CODREȘI**

## **Mediul natural și viața**

Prof. Marian **NIȚĂ**

## **Legislație utilă**

Jurist Gheorghe **BARBARASA**

## **Educație pentru sănătate**

Dr. Gerda Margine

## **Din presa medicală**

Farm. Laurențiu **DINU**

## **Informatică medicală**

Ing. drd. Mihaela **IONESCU**

## **Referenți științifici:**

Conf. univ. dr. Cristin **VERE**

Rez. drd. Alin Gabriel **IONESCU**

Lect. univ. dr. Iulian **COSTACHE**

Ing. drd. Mihaela **IONESCU**

## **Coperta:**

Ing. Laurent **THIMONNIER**

## **Coordonator:**

Prof. dr. Viorel **LAZĂR**

Autorii poartă întreaga responsabilitate asupra materialelor publicate.

## TRATAMENTE NATURISTE PENTRU BOLILE INIMII

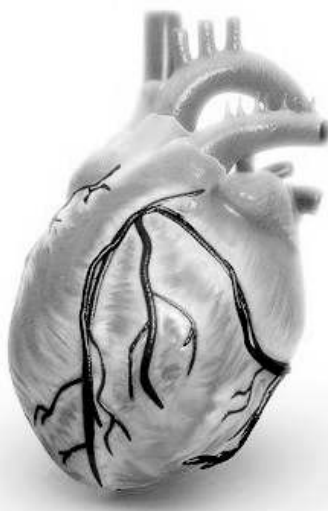
În luna lui Florar, natura își îmbracă mantia multicoloră cu cele mai frumoase flori care își trag seva din pământul mustind de viață, pentru a încărca aerul cu parfum, culoare și sănătate. Pentru combaterea bolilor cardiovasculare, luna mai ne oferă un splendid covor vegetal, cu multe specii de plante, aflate în flora spontană și în cea cultivată.

Încă din primele zile de mai se impun atenției lăcrămioarele, floarea de mărgăritar sau clopotele de mai, cu flori mici și grațioase ca măргеlele de alabastru, cu parfum de o finețe inegalabilă și cu fructe recomandate „împotriva strănutului și a dojenilor nevestelor”.

Nu întâmplător, după un vechi obicei francez, în prima duminică din luna mai, parizienii trăiesc „bucuria mărgăritarului”. Tone de flori se îndreaptă spre marea metropolă pentru a fi dăruite parizienelor, care vor deveni mai bine dispuse și mai iertătoare față de bărbați, pentru toate greșelile din anul ce va urma, chiar dacă au avut, în perioada anterioară, zile mai înnourate și tensionate. În satele franceze, prima duminică din mai este declarată „ziua lăcrămioarei”, iar locuințele sunt împodobite cu flori și frunze de „mărgăritar”, peste tot domnind o bucurie generală.

### Lăcrămioarele, cel mai apreciat tonic cardiac

Din vremuri imemorabile, florile de lăcrămioare au fost folosite ca tonic-cardiace, fără a ridica tensiunea arterială. Florile și frunzele se utilizează, dar cu mare prudență, după avizul medicului, în tratamentul unor boli ca insuficiența cardiacă, angina pectorală, nevroze cardiace, palpitații și ateroscleroză. La unele popoare, infuzia în vin a florilor era considerată „mai scumpă decât aurul și bună la toate bolile”, inclusiv la paralizie și epilepsie, liniștirea colicilor, dureri de pânțece, crampe cu leșin la prunci și la lăuze, dureri de ochi și în friguri.



### Farm. Laurențiu DINU

În bolile de inimă mai este utilizată talpa găștei, plantă cunoscută încă din antichitate pentru efectele benefice, ceea ce i-a conferit și denumirea științifică de specie. În frunze și flori se află heterozide cardiotonice, care îi dau proprietăți sedativ-cardiace (de trei ori mai puternice decât valeriana), hipotensive și vasodilatatoare periferice, fiind indicate în arterite.

Tot începând din luna mai se valorifică saschiul, din care se prepară un excelent medicament pentru afecțiuni cardiace. Această mică plantă, cu tulpini târâtoare, frunze groase și lucioase și flori albastre-violacee, este mai frecventă în pădurile umede de fag și stejar din Bucovina, fiind mult apreciată și ca plantă ornamentală, pentru a acoperi mormintele din cimitire. Aceasta are proprietăți hipotensive, vasodilatatoare și spasmolitice, cu efecte deosebite în reducerea tensiunii arteriale, îmbunătățirea circulației sanguine la nivel cerebral, diminuarea ritmului cardiac în tahicardie neuro-vegetativă și dilatarea arterelor cerebrale pentru prevenirea aterosclerozei și a congestiei.

Valoarea terapeutică a acestei plante este atestată și de o specie soră, saschiul roz, care are proprietăți anticanceroase, fiind căutată mult pentru tratamentul leucemiei acute, boala Hodgkin, limfosarcom, carcinom de sân, deși prețul de livrare este încă foarte ridicat.

### Tincturile din tei au importante efecte hipotensive

**Ciuboțica cucului**, o admirabilă plantă din flora spontană, aflată în poienile deluroase și de munte, începe înfloritul la venirea rândunelelor, etalând buchete de flori galben-aurii, catifelate, parfumate și încrețite în formă de pâlnioară, cu deschiderea în sus. Atât rădăcinile, cât și florile conțin saponozide triterpenice, glicozide și flavonozide cu proprietăți tonic-cardiace și depurative ale sângelui

în timpul primăverii. Planta uscată se folosește în cardiopatie ischemică, inflamarea miocardului și eliminarea toxinelor din sânge.

**Teiul**, un arbore ornamental, cu coroana globuloasă, nelipsit din parcuri, grădini, curți și marginea șoselelor unde împrăștie, în timpul înfloririi, un parfum deosebit datorită uleiului eteric. Florile galben-aurii, grupate în inflorescențe, sunt mult utilizate în ceaiuri și tincturi cu proprietăți hipotensive, coronaro-dilatatoare, antiinflamatoare, în edeme, decongestive și calmante în dureri cardiace, având efecte în combaterea hipertensiunii arteriale, insuficiență cardiacă, palpitații, spasme la inimă și ateroscleroză și tromboze, cu fluidizarea sângelui.

**Florile și frunzele de păducel**, recoltate în luna mai, imprimă proprietăți sedative, antispastice, vasodilatatoare la nivelul vaselor coronariene și de rărire a contracțiilor inimii bolnave (aritmii, extrasistole, tahicardie, cardiopatie ischemică, ateroscleroză, hipertensiune și nevroze cardiace). Efectele terapeutice se măresc prin asociere cu valeriana și talpa găștei.

### **Ruscuța de primăvară combate angina pectorală**

De sezon este și ruscuța de primăvară, o plântuță cu flori galbene sau roșii, care este utilizată

în tahicardie, angină pectorală, extrasistole de natură nervoasă, miocard slăbit, hipertensiune și ateroscleroză. Alte specii din flora spontană și cultivată, cu înflorire în luna mai și cu proprietăți cardiovasculare, sunt:

- **cruciulița**, eficientă în stimularea contracțiilor pereților vasculari, pentru a asigura o bună circulație periferică;

- **fumărița**, cu acțiune directă în scăderea tensiunii arteriale;

- **dediței**, cu mare eficiență în tratamentul tahicardiei;

- **rozmarinul**, valoros prin flori, frunze și ramuri tinere utilizate în tratamentul hipertensiunii arteriale, a reumatismului cardiac și ca adjuvant în afecțiunile cardiace cronicizate;

- **odoleanul**, valorificat prin rizomi și rădăcini în tratarea tulburărilor de ritm cardiac, nevroze cardiace și palpitații rebele;

- **coacăzul negru**, care conține în flori și frunze o diversitate de principii active cu acțiuni pozitive în tratarea bolilor cardiace pe substrat nervos și în hipertensiunea arterială;

- **narcisele albe**, ale cărei flori sunt căutate pentru tratarea unor afecțiuni ale inimii;

- **trandafirul**, de la care se folosesc petalele roșii în tratamentul anginei pectorale.

## **MIGRENA DE LA SIMPLU LA COMPLEX**

**Mariana MICU, Mihai BEȘTELIU**  
Anul I D, AMG



Cefaleea datorată stărilor de tensiune se manifestă printr-o durere constantă sau senzație de apăsare la nivelul frunții și tâmpelor sau la nivelul cefei și gâtului. De obicei cefaleea are o intensitate medie sau ușoară și nu împiedică efectuarea activităților zilnice. Migrena este mai mult decât o durere puternică de cap sau o cumulare a mai multor simptome. Migrena constă mai degrabă dintr-o succesiune de evenimente, care se dezvoltă, se intensifică și se reduc din nou. Evoluția diferă nu numai de la pacient la pacient, ci se poate modifica individual în decursul anilor.

Durerile variază de la dureri pulsative, pe o parte capului, la dureri la pieptănat sau amorțeală până la dificultăți la vorbire. Fiecare pacient care suferă de migrenă cunoaște o serie întreagă de factori declanșatori tipici ai crizelor de migrenă, de exemplu dependență hormonală temporară, stres, lipsă de somn și mulți alți factori declanșatori individuali. Momentan nu există încă nicio teorie de ordin medical care să poată explica migrena în întreaga sa complexitate.

Nu există „pacientul tipic cu migrenă”. Astfel, o metodă de tratare care să fie adecvată în egală măsură tuturor persoanelor afectate, reprezintă o abordare incorectă. A trata cu succes migrena înseamnă în primul rând: identificarea formei de terapie potrivită pentru fiecare pacient. În paginile următoare dorim să vă explicăm în ce constă metoda chirurgicală, pentru cine și când se poate aplica și cum a luat naștere în SUA.

## NOUTĂȚI ȘTIINȚIFICE

Prof. Gabriela ȚĂCĂLĂU

Cercetătorii spanioli au realizat un nou test pentru **detectarea cancerului de vezică**, pornind de la o mostra de urină, test care ar putea fi scos pe piață în anul 2013 și care este mai fiabil decât toate cele existente la ora actuală. Noul test se bazează pe identificarea genelor implicate în acest tip de cancer, spre deosebire de cele existente deja pe piață, mai puțin precise, care identifică marcatorii, a explicat șeful Secției de Urologie a Spitalului Clinic din Barcelona, Antonio Alcaraz.

Cancerul de vezică este a doua tumoră ca frecvență a tractului genito-urinar. Cinci spitale validează, în prezent, rezultatele acestui studiu, pe o mie de pacienți: Clinica din Barcelona, „Fundacion Puigvert” și „Virgen del Rocío” din Sevilla, un spital din Olanda și altul din Austria.

În ceea ce privește precizia diagnosticului pus cu ajutorul noului test, doctorul Alcaraz a susținut ca valoarea de predicție este de peste 90%. (Sursa: Agerpres).

### Cellulele canceroase au încă un dușman

O echipă de cercetători de la Facultatea de Medicină din Viena a pus în evidență, recent, efectele unui anticorp –AD5-10, o proteină ce reduce rezistența celulelor canceroase în fața mecanismului de protecție a corpului uman. „Am putut arăta, pe celule de cultura și pe animale că tumorile canceroase ovariene rezistente la TRAIL (proteina care activează sinuciderea, apoptoza, celulelor indezirabile) deveneau din nou sensibile dacă TRAIL și AD5-10 erau prezente simultan”, a precizat șeful echipei de cercetători, dr. Michael Krainer. AD5-10 se lipește de celula canceroasă, în alt loc decât TRAIL, ceea ce ar putea explica efectul său. Printr-o serie de teste, dr. Krainer a mai demonstrat că anticorpul AD5-10 crește și eficiența unor medicamente folosite în chimioterapie.

### Alcool în exces = cancer la sân

Femeile mari consumatoare de alcool riscă mai mult decât cele nebăutoare să se îmbolnăvească de cancer la sân. Afirmatia este susținută de un nou studiu efectuat la Centrul Aichi de luptă împotriva cancerului din Nagoya, Japonia.

Legătura între consumul de alcool și cancerul la sân s-a constatat în Europa și în Statele Unite ale Americii, dar acest studiu aruncă o lumină nouă asupra corelației respective și la femeile japoneze aflate la menopauză.

### Test de eficiență a tratamentului

O echipă de cercetători americani a pus la punct primul test genetic apt să identifice, printr-o analiză a sângelui, biomarkerii specifici unei tumori.

Principalul autor al cercetării este Dr. Victor Velculescu, profesor de oncologie la Facultatea de Medicină a Universității Johns Hopkins (Maryland, estul SUA).

Acest progres ar putea permite îmbunătățirea tratamentului personalizat al cancerului.

Analiza apărută în revista „Science Translational Medicine”, din 24 Februarie 2010, a fost prezentată și la conferința anuală American Association for the Advancement of Science (18-22 Februarie, la San Diego, California). Acest test ar permite depistarea și urmărirea celulelor canceroase sau a tumorilor pentru a afla dacă tratamentul este eficient.

### Modificări genetice... de bine

Rezultatele unui studiu clinic publicate în New England Journal of Medicine arată că GDC-0449- un tratament experimental dezvoltat de firma americană Genetech (filială a grupului farmaceutic elvețian Roche)- permite reducerea notabilă a tumorilor canceroase avansate ale pielii. Administrat pe cale orală, GDC-0449 blochează proteina „Hedgehog”, care joacă un rol important în dezvoltarea celulelor canceroase. Medicamentul a fost obținut datorită modificărilor genetice ale ciclopaminei, o substanță extrasă din planta Veratrum Californicum.

### Grupa sanguină (nu) te apără

Persoanele cu grupa sanguină 0 prezintă un risc mai scăzut de a se îmbolnăvi de cancer pancreatic, iar persoanele cu grupa sanguină B prezintă cele mai mari probabilități de a dezvolta maladia, potrivit unui studiu care deschide noi perspective în diagnosticarea acestei forme mortale de cancer.

Comparativ cu persoanele cu grupa sanguină 0 persoanele cu grupa sanguină A sunt cu 30% mai expuse riscului de îmbolnăvire de cancer pancreatic, persoanele cu grupa AB prezintă cu 51% mai multe probabilități de a se îmbolnăvi, iar persoanele cu grupa B sunt 72% mai expuse acestui risc (studiul efectuat pe un eșantion de 107.503 de persoane între anii 1970 și 1980, și publicat în Journal of the National Cancer Institute).

### **Cancer de esofag**

Persoanele cărora le place să-și bea ceaiul sau cafeaua foarte fierbinte se expun unui risc crescut de cancer la esofag, conform unui studiu publicat în British Medical Journal. Potrivit autorilor studiului, cercetătorii din cadrul Institutului de cercetare medicală din Queensland, Australia, riscul apariției acestei boli crește de 8 ori în cazul celor care au tendința de a-și consuma băuturile favorite la temperaturi de peste 70 grade Celsius.

### **Protecție cu... gemuri și jeleuri**

Pectina, un ingredient de bază din gemuri și jeleuri, previne răspândirea cancerului, potrivit unui studiu al cercetătorilor de la Institutul Britanic de Cercetare a Alimentelor, publicat de presa britanică de specialitate. Fibră naturală din compoziția fructelor și legumelor, pectina este folosită ca agent de gelifiere în prepararea alimentelor procesate.

Cercetările au arătat că, în condiții potrivite, pectina eliberează un fragment molecular cu proprietăți anticancerigene. Tratamentele folosite de industria alimentară pentru a modifica pectina ajută la eliberarea fragmentului molecular indendificat.

### **Anticorpi din sânge de rechin**

Anticorpii din sângele de rechin pot fi folosiți în tratamentul împotriva cancerului, potrivit unui studiu al cercetătorilor australieni de la Universitatea La Trobe. Rechinii au un sistem imunitar asemănător cu cel al oamenilor, dar anticorpii lor sunt mult mai rezistenți, susțin cercetătorii. Astfel oamenii de știință cred că această calitate a anticorpilor ar putea fi folosită pentru a încetini răspândirea unor boli printre care și cancerul.

### **Cancer cerebral**

În urma unor teste clinice desfășurate în spitale din Statele Unite ale Americi, cercetătorii oncologi au ajuns la concluzia că un nou vaccin experimental realizat din proteine extrase de la suprafața țesutului tumoral poate dubla speranța de viață a bolnavilor de cancer cerebral. Prin injectare, vaccinul stimulează sistemul imunitar al organismului să lupte împotriva celulelor canceroase și previne astfel regenerarea tumorilor asupra cărora s-a intervenit deja chirurgical sau prin alte metode.

## **ASPIRINA OFERĂ PROTECȚIE ÎMPOTRIVA CANCERULUI DE COLON**

Un tratament bazat pe doze mici de aspirină poate reduce riscul apariției cancerului de colon. Cel puțin așa arată o analiză bazată pe mai multe studii europene și americane, după cum informează **evz.ro**.

Cercetătorii susțin că în timp ce dozele de peste 500 mg au efecte adverse severe, cum ar fi sângerări și iritații stomacale, dozele mici de 75 mg, 300 mg sau 325 mg, administrate zilnic, pot preveni apariția cancerului de colon.

“Oricine are istoric de cancer, în special de colon, ar trebui să ia zilnic aspirină”, susține Peter Rothwell, profesor la Universitatea Oxford și unul dintre participanții la studiu.

14.000 de persoane au fost monitorizate timp de 20 de ani. După șapte ani, oamenii de știință au observat că o doză mică de aspirină, administrată zilnic, a redus riscul apariției cancerului de colon cu 24%. În plus, riscul de deces al persoanelor din cauza acestei boli a fost micșorat cu 35%.

Se pare că analgezicul inhibă producția unei anumite enzime asociată cu declanșarea mai multor forme de cancer (cancerle de sân, stomacal, esofagian și de colon).

Pe de altă parte, tratamentul pe bază de aspirină nu trebuie început fără a consulta medicul care poate decide asupra dozelor administrate.

**Sursa: *PaginaFarmaciștilor.ro***

## PARTICULARITĂȚI TERAPEUTICE LA VÂRSTNICI

dr. Gerda Margine

Modificările fiziologice specifice vârstnicului, cu rezerve funcționale reduse, îl fac pe acesta să posede modalități reduse de adaptare la agresiunile externe (inclusiv farmacologice), iar cele patologice pot determina o complianță scăzută la tratament. Deși medicamentul este înainte de toate o șansă pentru pacientul vârstnic, o posibilă garanție a unei „îmbătrâniri reușite”, riscurile prescrierii medicamentoase sunt majore la persoanele peste 65 de ani.

Vârstnicii folosesc în general mai multe medicamente, datorită asocierii frecvente a bolilor cronice, precum și suprapunerii suferințelor acute, astfel riscul patologiei iatrogene se triplează la aceștia.

În prescrierea medicamentelor la bătrâni trebuie să țină seama că la vârstnici sunt foarte des întâlnite aspecte patologice multiple; este foarte dificil să se stabilească o ordine a priorităților, care din boli trebuie tratată prima, care poate fi temporizată, și care lăsată netratată. Problemele pe care acest aspect le ridică sunt și mai mari dacă unele medicamente sunt administrate pentru a trata efectele secundare ale altora.

Modificările biologice și fiziologice din cursul îmbătrânirii au repercursiuni și asupra farmacologiei medicamentelor. Administrarea rațională a tratamentului medicamentos la vârstnici necesită o bună înțelegere a modificărilor de farmacodinamică (răspunsul terapeutic) și farmacocinetică (distribuția medicamentelor) care pot să apară la această categorie de vârstă.

Procesul de îmbătrânire influențează semnificativ viteza de *absorbție* din sistemul digestiv, prin diminuarea suprafeței de absorbție, mai ales la nivelul intestinului subțire. Aici numărul vilozităților scade și prin scăderea numărului celulelor absorbante la care se adaugă efectele scăderii motilității tubului digestiv și a fluxului sanguin diminuează absorbția. La nivelul mucoasei gastrice se mai adaugă scăderea secreției gastrice acide, iar la cel al mucoasei intestinale, scăderea secreției enzimelor pancreatice și a bilei. Toți acești factori determină o încetinire a absorbției medicamentelor la vârstnici.

*Distribuția* medicamentelor în țesuturi este determinată de liposolubilitate, masa musculară și starea de hidratare a vârstnicului. Reducerea masei

musculare și a apei totale la vârstnici, are ca și consecință *reducerea* volumului de distribuție pentru medicamentele hidrosolubile, deci o creștere a concentrației acestora cu posibile efecte nedorite.

*Legarea* medicamentului de proteinele plasmatică se alterează cu vârsta datorită scăderii albuminelor plasmatică; folosirea concomitentă a două sau mai multe medicamente favorizează dislocarea unor legături ale acestora cu proteinele; astfel se va realiza creșterea concentrației de substanță activă liberă în plasmă, cu atingerea nivelurilor toxice.

*Metabolismul* medicamentelor este afectat la vârstnici mai ales datorită reducerii fluxului sanguin hepatic și a activității sale enzimatică.

*Excreția* este cel mai mult influențată de îmbătrânire, datorită reducerii funcției renale. Eliminarea medicamentelor la vârstnici va fi mai lentă, timpul de înjumătățire prelungit, durata de acțiune de asemenea, rezultând tendința de acumulare, cu potențial toxic. Un indicator pentru eliminare renală îl constituie clearance-ul pentru creatinină.

Din analiza influenței îmbătrânirii asupra farmacocinetice rezultă că în cursul vârstei a treia timpul de înjumătățire a medicamentelor administrate este prelungit, ceea ce duce la o acumulare, de la o administrare la alta și, apoi, la o concentrație crescută, pentru aceleași doze, în lichidele organismului. Acest fapt atrage după sine o sporire a acțiunilor medicamentelor, atât a celor benefice, cât și a celor adverse.

De aceea, este aproape o axiomă în geriatrie să se administreze medicația fie în doze mai mici decât la adulți, fie la intervale mai prelungite.

Aspecte privind terapia medicamentoasă la vârstnici sunt numeroase, adeseori medicamentele



interacționând în moduri complexe. Cauzele și soluționarea acestor probleme se pot clasifica în principal în 3 categorii: pacientul, medicul curant și medicamentele.

Principalele probleme din punct de vedere al *pacientului*, pot fi descrise astfel:

❑ Nerespectarea regulilor regimului terapeutic și erorile de administrare a medicamentelor se accentuează odată cu vârsta. Aceasta se datorează în parte confuziei induse de polimedicație; alți factori importanți sunt afectarea memoriei, vederii și scăderea dexterității manuale. Dar cea mai importantă cauză a complianței necorespunzătoare la administrarea medicamentelor este aceea că pacienții și familiile lor nu înțeleg pe deplin ce ar trebui să facă.

❑ Diminuarea frecventă a atenției, memoriei și, uneori a discernământului bătrânilor, impun o prelucrare a bolnavilor și un grafic scris clar, minuțios, cu specificarea riguroasă a modului de folosire (doze, ore).

❑ Defectele de vedere și de mobilitate (în special tremurăturile) duc la identificări eronate ale medicamentelor și dozări greșite (de ex., în cazul administrării sub formă de picături).

❑ Polipatologia obișnuită la vârstnici duce la cumulara de prescripții și de medicamente, ce pot prezenta incompatibilități, mai ales că vârstnicii au tendința să consulte mai mulți medici în paralel. De multe ori cumulează la medicamentele prescrise alte medicamente (despre care au auzit de la alții sau au citit în publicații mai mult sau mai puțin calificate, luate după propria decizie, fără prescripție medicală).

Principala problemă care ține de *medic* este reprezentată de cunoștințele insuficiente asupra acestui grup populațional, care conduce la ignorarea marilor diferențe care există între bătrâni și restul populațional. Nerecunoșterea comorbidităților, teama de efectele adverse și slaba înțelegere a

raportului cost-beneficiu, ca și a celui beneficu-risc, sunt numai câteva din aspectele frecvent întâlnite.

În ceea ce privește *medicamentele*, reacțiile adverse, considerate „prețul plătit” pentru controlul patologiei, sunt imprevizibile la bătrâni, datorită unei mari heterogenități în rezerva fiziologică. De asemenea, modul de prezentare, costul și modul de administrare reprezintă probleme importante în farmacoterapia vârstnicului. Este importantă o colaborare permanentă cu bolnavul sau anturajul lui pentru a aprecia efectele tratamentului, dar și apariția reacțiilor adverse, cu scopul stabilirii conduitei în timp.

*Accidentele farmacologice* sunt variate și sunt determinate de o multitudine de factori: supradozarea; polimedicația (este urmarea polipatologiei vârstnicului, deseori medicamentele fiind prescrise de medici diferiți, de diferite specialități, ceea ce favorizează interacțiuni nonintenționale); automedicația (de un real pericol); erori de prescripție (nerespectarea contraindicațiilor, a dozelor adecvate vârstei, necontrolarea interacțiunilor medicamentelor); forma galenică (trebuie adaptată bolnavului, fiind aleasă cu grijă la cei cu anumite deficiențe vizuale sau motorii); necunoașterea efectelor secundare (poate duce la interpretări eronate, atribuindu-se vârstei înaintate anumite reacții medicamentoase, continuându-se tratamentul, sau, mai grav, dându-se în plus medicamente pentru a ameliora aceste simptome).

În geneza fenomenelor farmacotoxice la bătrâni, trebuie luate în considerare interacțiunile medicamentoase adverse, precum și efectul lipsei de complianță a bolnavilor (supradozaj, medicație haotică, pauze nejustificate).

*Principiile generale și recomandări în prescripția medicamentelor la vârstnici:*

❑ Defectele de vedere și de mobilitate (în special tremurăturile) duc la identificări eronate ale medicamentelor și dozări greșite (de ex., în cazul administrării sub formă de picături).

❑ Evaluarea corectă și completă a pacientului geriatric pentru identificarea condițiilor care necesită tratament medicamentos, care pot fi afectate negativ de tratament și care pot influența eficacitatea tratamentului; asigurarea că fiecare medicament are o indicație precisă; aprecierea stării clinice și în ce măsură aceasta va influența farmacologia medicamentului;





Utilizarea măsurilor nonfarmacologice ori de câte ori este posibil.

Cunoașterea farmacologiei medicamentului înainte de a-l prescrie.

Evitarea posibilelor efecte adverse și interacțiuni nefaste.

Ajustarea dozelor medicamentelor cu eliminare renală conform funcției renale, reducând doza până la o treime din doza adulților.

Se preferă începerea tratamentului cu doze mici, care vor fi apoi crescute progresiv.

Va fi instruit și anturajul, eventual în scris, folosindu-se *grila terapeutică*.

Asigurarea compliancei la tratament prin evaluarea capacității cognitive și senzoriale;

Urmărirea permanentă a tuturor aspectelor legate de efectul terapeutic, toxicitate, doze, asocieri medicamentoase, prescrierea fiind pe cât posibil de scurtă durată.

Vor fi cercetate cu grijă istoricul bolii, medicația luată anterior, dacă noua medicație nu va accentua complexitatea schemei terapeutice a pacientului;

Se va controla periodic dacă prescripțiile sunt bine înțelese și corect aplicate.

*„Pe măsură ce suntem mai puțin tineri, bătrânii ni se par mai puțin bătrâni; s-ar spune că timpul ne dă nouă anii pe care îi ia de la ei.”*

**John Petit-Senn**

*„Ridurile ar trebui pur și simplu să arate numai unde au fost zâmbete.”*

**Mark Twain**

### EMA A REEVALUAT MEDICAMENTELE CARE CONȚIN FIBRAȚI

Medicamentele care conțin fibrați au fost analizate din nou de către Agenția Europeană a Medicamentului (EMA), la cererea Comisiei Europene, informează **emedic.ro**. Concluzia analizei a fost că beneficiile fibraților continuă să depășească riscurile, dar nu ar trebui să fie folosiți ca tratament de linia întâi în tulburări ale metabolismului lipidic.

Practic, în anul 2005, Grupul de Lucru în Farmacovigilență (PhVWP) al CHMP a constatat că există puține dovezi ale beneficiilor pe termen lung ale utilizării fibraților pentru reducerea riscului cardiovascular în comparație cu dovezile mai puternice cu privire la statine.

În țările din Uniunea Europeană se găsesc patru astfel de medicamente. Este vorba despre Bezafibrat (1977). Medicamentul este disponibil pe piață de cele mai multe ori sub denumirile comerciale de Bezalip, Cedur, Eulitop și Befizal, sau ca medicamente generice. Este comercializat

în Austria, Belgia, Cipru, Finlanda, Franța, Germania, Grecia, Ungaria, Italia, Luxemburg, Malta, Olanda, Portugalia, România, Spania, Suedia și Marea Britanie.

**Ciprofibrat** (1995) este cunoscut sub denumirea de Lipanor sau Modalim și este comercializat în Austria, Belgia, Cipru, Finlanda, Franța, Germania, Grecia, Ungaria, Italia, Luxemburg, Malta, Olanda, Portugalia, România, Spania, Suedia și Marea Britanie. Ceilalți doi fibrați sunt **Fenofibrat** cunoscut ca Lipanthyl (1975) și **Gemfibrozil** (1981) comercializat sub numele de Lopid.

Concluziile PhVWP au fost transmise companiilor care comercializează medicamentele care conțin fibrați, astfel încât acestea să poată implementa modificările recomandate de către grupul de lucru. Cu toate acestea, unele companii au contestat restricția.

**Sursa: PaginaFarmacistilor.ro**

## ASTENIILE DE PRIMĂVARĂ

Ileana Hermina GÎLCĂ, anul ID, AMG  
Ana STANCIU, anul ID, AMG

*La ieșirea din iarnă, din cauza alimentației în care predomină carnea, dar și a consumului insuficient de vitamine și minerale, multe persoane mai sensibile și anemice manifestă o stare generală anormală, cu semne de astenie fizică și nervoasă în grade. Pe lângă avitaminoze, în declanșarea asteniilor de primăvară mai intervin unii factori interni, cum ar fi complexul de boli infecțioase cronice, hepatobiliare, intoxicații ale sângelui, parazitoze, boli neurologice și diverse afecțiuni canceroase. Ca factori externi agresivi, cu rol în declanșarea asteniei, pot fi menționați: șocurile mari de temperatură, la trecerea de la iarnă la primăvară, suprasolicitările nervoase la început de sezon, aerul viciat din locuințe insuficient aerisite în timpul iernii, lumina redusă din case, poluarea din mediul de viață și de activitate, precum și eforturile fizice sau intelectuale la nivele care depășesc posibilitățile individuale de rezistență și de acomodare.*

Simptomele caracteristice asteniei sunt: insomnia și somnul agitat, superficial și cu vise rele, din care persoana astenică se trezește dimineața foarte devreme, mai obosită decât la culcare. Oboseala accentuată persistă în cursul zilei, fără să dispară prin repausul obișnuit. Mulți elevi, studenți și adulți care muncesc zilnic resimt o stare generală de slăbiciune, moleșeală, reducerea capacității de concentrare și o stare permanentă de somnolență, adormind cu capul pe masă. Treptat, apar dureri de cap, aproape zilnic, cu localizări occipitale și frontale, mai accentuate dimineața. Bolnavul prezintă stări de nervozitate, irascibilitate, neliniște, tulburări psihice cu senzație de frică (anxietate), depresie psihică acută, apatie, slăbirea memoriei, reacții de melancolie și, uneori, tremurături ale membrelor și capului. Toate acestea se suprapun pe sentimentul de epuizare fizică, o sfârșeală a forțelor proprii și reducerea aproape totală a capacității de muncă.

Astenia de primăvară se accentuează la persoanele care au trecut prin anumite evenimente negative în perioada anterioară, precum și la

persoanele cu o viață dezordonată, fără obiective concrete în activitatea zilnică și fără respectarea unui anumit raport între orele de muncă și cele destinate odihnei. Starea astenică se acutizează la cei ce trăiesc într-o atmosferă încordată în familie sau la locul de muncă, cu certuri, reproșuri și învinuiri, uneori gratuite. În această situație, bolnavul apelează, adesea, la un consum exagerat de tutun, alcool, cafea și somnifere, care agravează stările astenice.

Cel mai simplu *tratament de primăvară* constă din consumul zilnic a 8-12 tije crude de la florile de pădărie (*Taraxacum officinale*), care asigură o bună protecție împotriva dezechilibrelor psihice și glandulare. Se poate folosi și tinctura din rădăcini de pădărie (15-20 de picături de 2-3 ori pe zi, diluate în 100 ml apă), care este un aromatic-amar, cu efecte revigorante.

Cu efecte foarte bune este indicat un amestec din flori de tei, herba de sunătoare, cimbrisor, măghiran, șovârv, salvie și talpa găștei, din care se prepară o infuzie, consumând zilnic câte două ceaiuri calde între mese și unul la culcare, timp de 3 săptămâni. Acțiuni recunoscute au și infuziile din frunze de anghinare, mentă, roiniță, busuioc, soc, mur, zmeur, coacăz negru și decocturi din fructe de anason, fenicul, măceșe, păducel, coji uscate de mere, rădăcini de valeriană și conuri de hamei.

În paralel, se vor lua câte 30 de picături, de două ori pe zi, din tinctură de valeriană, ienupăr și păducel, în părți egale, sirop de cătină și bitter suedez.

În fiecare seară, timp de 15-20 zile, se recomandă băi calde, în care se toarnă infuzii sau uleiuri eterice din flori de lavandă, iasomie, trandafir și tei, frunze de roiniță, mentă, mușcată, herba de busuioc, salvie, cimbru de cultură și rădăcini de obligeană. La ieșirea din baie, are efecte bune un masaj cu uleiuri esențiale din plante aromatice, mai ales la nivelul tâmpelor și pe coloană.

O atenție deosebită se va acorda alimentației complete, care să contracareze carențele frecvente în vitaminele B, C, D, E, în acizi grași (linolenic) și în unii aminoacizi esențiali, care participă la sinteza proteinelor din corp. Se va apela la efectele benefice

ale salatelor de crudități (urzici, spanac, pătrunjel, varză, ceapă, usturoi), cunoscute ca excelente vitaminizante și mineralizante. Se recomandă creșterea consumului de lactate (lapte, iaurt), a sucurilor de legume (morcov, țelină, sfeclă roșie, ridichi negre), de grâu germinat, semințe de dovleac, în și susan, nuci, pâine integrală, ulei de soia, supe din fulgi de ovăz, îndulcite cu miere de albine și boabe de ienupăr amestecate cu propolis și polen. De asemenea, se vor consuma multe fructe proaspete

(200-300 g pe zi), luate în fiecare dimineață, mai ales greșfrut, portocale, lămâi, struguri, afine, coacăze negre, fragi și cătină albă.

Regimul de viață va fi atent controlat în fiecare zi printr-un program ordonat de odihnă și mese la ore fixe, somn în încăperi bine aerisite și gimnastică respiratorie, efectuată dimineața, cu fereastra deschisă. În cursul zilei se vor face plimbări în aer liber, eventual pe bicicletă sau desculț, prin iarbă cu rouă.

## O NOUĂ TERAPIE PENTRU INSUFICIENȚA CARDIACĂ CRONICĂ

Rezultatele celui mai mare studiu din ultimul deceniu privind insuficiența cardiacă SHIFT a fost prezentat în cadrul Congresului Național de Cardiologie de la Sinaia. Președintele Societății Europene de cardiologie și coordonatorul studiului, prof. dr. Michel Komajda, a spus, vineri, într-o conferință de presă, că studiul a cuprins un număr important de români și că și-a propus o nouă abordare terapeutică pentru tratamentul insuficienței cardiace cronice prin Corlentor, un medicament nou care reduce frecvența cardiacă și poate îmbunătăți rezultatele cardiovasculare, simptomele și calitatea vieții atunci când este adăugat la terapia standard, la pacienții cu această afecțiune și disfuncție ventriculară sistolică.

Beneficiarii noii terapii sunt pacienții cu frecvență cardiacă crescută. Prin această terapie, acesta scade și astfel se protejează inima. Prof. dr. Michel Komajda a evidențiat că promovarea unei noi terapii pentru a îmbunătăți starea bolnavilor cu insuficiență cardiacă cronică este foarte importantă. El a reliefat că prin introducerea acestui medicament se reduce mortalitatea generală prin boli cardiovasculare cu 18% și se reduce mortalitatea și spitalizarea pentru insuficiență cardiacă cronică cu 26%. Prof. dr. Cezar Macarie, managerul Institutului de Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. C.C. Iliescu” din București, a subliniat că această boală afectează foarte mulți oameni, prevalența fiind în lume între 1 și 5%, iar în România aceasta ajungând la 4%. Referitor la incidență, specialistul a evidențiat că este de 1%. Anual, 200.000 de oameni fac insuficiență cardiacă cu forme deosebit de severe.

Această maladie are o mortalitate și morbiditate foarte mare și, în viitor, având în vedere îmbătrânirea populației, va ajunge să afecteze un număr și mai mare de persoane.

Noua terapie are menirea să îmbunătățească calitatea vieții pacientului și să-i prelungească viața. Prof. dr. Marius Vintilă, șeful Clinicii de Cardiologie a Spitalului ‘Sfântul Pantelimon’ din Capitală, a accentuat și el asupra faptului că insuficiența cardiacă cronică este în creștere. La un bărbat speranța de viață de la diagnosticare este în medie de 2,5 ani, iar la femeie de 2 ani. El a subliniat că se simțea nevoia unei noi terapii și aceasta a venit. Specialistul a accentuat asupra importanței frecvenței cardiace, spunând că noul medicament nu afectează cordul, ci doar rărește frecvența cardiacă pentru a economisi resursele inimii aflate la capăt de drum.

Coordonatorul Studiului SHIFT pentru România a fost prof. dr. Dominic Ionescu de la Clinica de Cardiologie din Craiova. El a spus că este o terapie foarte importantă care scade frecvența cardiacă și poate fi utilizată și la pacienții cu cardiopatie ischemică și în angină pectorală. S-a constatat că frecvența cardiacă normală este, potrivit ultimelor studii, între 50 și 80 de bătăi. În cadrul insuficienței cardiace și cardiopatiei, 80 de bătăi este prea mult, chiar și 70, a spus prof. Dominic Ionescu. Intervalul cel mai bun este între 55 și 60 de bătăi sub tratamentul cu ivabradină, medicul accentuând asupra faptului că reduce riscul de deces. El a adăugat că nu toți pacienții cu insuficiență cardiacă pot să fie tratați cu acest medicament, fiind vorba despre acei pacienți care nu pot lua beta-blocante.

În ultimii 20 de ani, pentru bolile cardiace nu a mai fost înregistrat niciun medicament nou. În studiu au fost incluși 6.505 pacienți din 667 de centre din 37 de țări din lume. România a participat cu peste 600 de pacienți din toate centrele universitare și spitalele județene.

*Sursa: postamedicala.ro*

## DIABETUL ZAHARAT

Dr. Alin Gabriel IONESCU  
Maria Alina ODINĂ, An II, AMG

Diabetul zaharat este una dintre cele mai răspândite boli cronice netransmisibile și cea mai frecventă boală endocrină. Se caracterizează prin tulburări ale întregului metabolism, în special ale metabolismului glucidelor și prin complicații care afectează ochii, rinichii, nervii și vasele de sânge. În esență, diabetul zaharat este o boală în care organismul nu produce destulă insulină sau nu o folosește eficient.

Prin frecvența sa, diabetul zaharat intră în categoria așa-numitelor boli cronice ale civilizației. Pe cât de simplă pare astăzi determinarea nivelului glicemiei, pe atât de dificilă este totuși determinarea prevalenței diabetului zaharat la o anumită populație. Acest lucru se datorează în mare măsură faptului că standardele de diagnosticare a bolii nu sunt încă uniform aplicate.

Se estimează ca 2-6% din populația Europei occidentale și a Americii de Nord suferă de această boală. Și mai alarmant este că aproape o treime dintre acești oameni nu sunt conștienți de existența bolii. Boala este mai frecvent întâlnită la locuitorii din orașe decât la cei de la sate.

Statisticile centralizate de Organizația Mondială a Sănătății arată că, în anul 2000, existau în România mai mult de un milion de diabetici și se estimează că până în 2030 numărul lor se va dubla.

### Etiologia diabetului

Cauzele diabetului zaharat sunt elucidate doar parțial. Pe de o parte, se știe că apariția ambelor tipuri de diabet este legată într-o oarecare măsură de factori ereditari, genetici. Pe de altă parte, factorii de mediu joacă și ei un rol important. Unul dintre factorii de mediu despre care se crede că determină în multe cazuri apariția diabetului zaharat de tip 1 ar fi un virus (virusul urlian, Cocksackie B4) care infectează celulele beta, producătoare de insulină, din pancreas. Aceasta ipoteză este susținută de dovezi clinice și experimentale. Infecția virală poate induce diabet fie prin distrugerea directă a celulelor producătoare de insulină, fie prin declanșarea unei reacții autoimune. În apariția diabetului de tip 2, cei mai importanți factori modificabili sunt greutatea corporală excesivă și lipsa de exercițiu fizic, adică

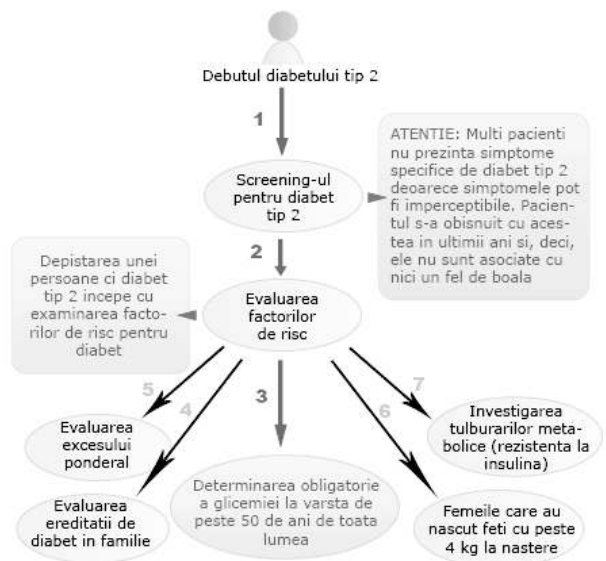
sedentarismul. Un alt factor notabil ar putea fi stresul psihic excesiv. Astfel, unii autori menționează ca posibil factor diabetogen stresul, în special stresul de aglomerație. Printre factorii incriminați este și abuzul alimentar, respectiv excesul de produse zaharoase. Toți acești factori ar putea explica de ce diabetul zaharat este mai frecvent în mediul urban. În funcție de cauze, diabetul se împarte în diabet zaharat primar și diabet zaharat secundar. Atunci când nu există nicio altă boală asociată, vorbim de diabet zaharat primar. Când pot fi identificate tulburări sau condiții patologice care cauzează sau favorizează dezvoltarea bolii diabetice, vorbim de diabet zaharat secundar. Printre cauzele care pot conduce la diabetul zaharat secundar se numără: boli care afectează pancreasul (de exemplu pancreatita cronică a alcoolizilor), tulburări hormonale (de exemplu acromegalia, feocromocitomul, boala Cushing), diabetul indus de medicamente și substanțe chimice, diverse boli genetice etc. În funcție de mecanismul de apariție, există diabet zaharat de tip 1 și diabet zaharat de tip 2.

Diabetul zaharat de tip 1 apare mai ales la copii și tineri și necesită întotdeauna tratament cu insulină, deoarece pancreasul nu o mai poate produce. Din acest motiv se mai numește și diabet insulino-dependent. Diabetul zaharat de tip 2 apare de obicei la adulții de vârstă mijlocie (40 de ani) sau la persoane supraponderale. În acest caz, organismul continuă să producă insulina dar aceasta nu își mai poate îndeplini rolul datorită creșterii rezistenței tisulare la insulină, care se datorează asocierii mai multor factori: genetici (insuficient elucidați), vârstei (îmbătrânirea crește rezistența tisulară la insulină) și obezitatea. Acești pacienți pot fi echilibrați prin dieta, antidiabetice orale sau insulina.

Algoritmul de screening în diabetul zaharat tip 2:

### Simptomele diabetului zaharat

În general, diabetul se caracterizează prin creșterea peste normal a concentrației de glucoză în sânge (hiperglicemie), cu sau fără eliminarea de zahăr prin urină (glicozurie). Alte simptome care pot să apară sunt: setea excesivă cu aport crescut de apă,



eliminarea de urină în cantități mari și foamea excesivă cu ingestia de alimente în cantități mari.

Aceste trei simptome, cunoscute în terminologia medicală ca polidipsie, poliurie și respectiv polifagie, sunt în general cauzate de hiperglicemie. La pacienții care sunt bolnavi, dar care au ignorat semnele mai multă vreme, nefiind astfel diagnosticați, se poate întâmpla ca prima manifestare remarcată să fie coma diabetică (cetoacidoza diabetică).

Se disting trei stadii clinice ale comei cetoacidozice:

- I - precoma cetoacidozică;
- II - coma cetoacidozică inițială;
- III - coma cetoacidozică completă

Stadiul I (precoma cetoacidozică): - conștiință clară; sete; poliurie; deshidratare moderată (tegumente și mucoase uscate); inapetența (înlocuind polifagia); fatigabilitate; pierdere ponderală; somnolența.

Stadiul II (coma cetoacidozică inițială) este o comă calmă, fără agitație: - somn; respirație tip Kussmaul; semne de deshidratare pronunțată, halena acetonică; oligurie; sindrom abdominal (epigastralgie, grețuri, vărsături cu zăț de cafea); semne de iritare a peritoneului (abdomen acut medical sau peritonită falsă).

Stadiul III (coma cetoacidozică completă): - conștiința absentă; reflexe osteotendinoase absolute; deshidratarea globală; colaps; hipotonia musculaturii scheletale; atonie gastrică și intestinală.

Picioarul diabetic reprezintă una dintre cele mai mari complicații ale diabetului zaharat. Această

afecțiune are numeroase implicații estetice și funcționale. Studiile medicale arată că peste 30% dintre bolnavii de diabet prezintă o anomalie cutanată la nivelul membrilor inferioare, iar pentru 20% dintre pacienți, infecțiile cutanate reprezintă prima manifestare a bolii.

### Îngrijirea corectă a piciorului diabetic presupune:

- **inspecția zilnică a picioarelor**, uneori fiind necesară și folosirea unei oglinzi care mărește imaginea leziunii și care permite observarea unor leziuni cu localizare aparte și care nu pot fi observate la o simplă inspecție; poate fi folositor și ajutorul unei alte persoane care poate observa leziunile aparte în zone greu de inspectat;

- **păstrarea unei igiene corespunzătoare a picioarelor**: spălarea zilnică a picioarelor, trebuie să devină o regulă de bază în îngrijirea piciorului diabetic;

- **masarea piciorului începând de la degete și urcând progresiv pentru favorizarea circulației**;

- **îngrijirea atentă a leziunilor care apar la acest nivel**: bășeturile, tăieturile sau julturile, necesită o îngrijire specială care obligă la folosirea antisepticelor și a pansamentelor cu rivanol; este recomandată pilirea atentă și regulată a unghiilor, pentru evitarea leziunilor și infecțiilor (în special fungice-onicomicoze) cu localizare periungțială;

- **protecția corespunzătoare a picioarelor**, de la purtarea unei încălțămînți comode până la evitarea leziunilor cu această localizare; este recomandată încălțămînța comodă cu calapod corespunzător, tenișii sau pantofii fără toc din piele moale; este recomandată o atenție specială în cazul pantofilor noi, încălțarea acestora se face treptat (câteva ore pe zi) pentru a evita apariția bășeturilor, de asemenea este bine ca înaintea încălțării să se verifice interiorul pantofului pentru a vedea dacă nu există obiecte străine în interior (nisip sau cuie care au penetrat talpa); persoanele care folosesc un anumit tip de încălțăminte pentru diferite activități precum schiatul sau alpinismul trebuie, de asemenea, să fie atente la apariția degerăturilor;

- **evitarea folosirii metodelor pentru încălzirea picioarelor**, băilor fierbinți, aparatelor electrice, radiatoarelor etc.

## STRATEGIA DE REFORMĂ A SPITALELOR

Dr. Liliana Nica

### I. Situația actuală - informații generale relevante

Din punct de vedere al stării de sănătate, România prezintă unii dintre cei mai defavorabili indicatori din Europa. Datele de morbiditate și mortalitate prezintă un amestec de indicatori specifici țărilor dezvoltate > mortalitate ridicată prin boli cardio-vasculare, creșterea bolilor neoplazice, cu indicatori specifici țărilor în curs de dezvoltare, precum: recrudescența bolilor infecțioase, de la tuberculoză la cele cu transmitere sexuală. Astfel, deși prezintă o ușoară îmbunătățire, speranța medie de viață de 71,7 ani, continuă să fie printre cele mai scăzute din regiune.

România a moștenit după 1990 un sistem de sănătate publică finanțat de stat, de tip Semashko, în care procesul decizional era complet centralizat.

Realizarea cea mai clară a reformei a fost implementarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la finele anilor '90.

Sistemul de sănătate românesc continuă să se bazeze pe asistența spitalicească ca principală metodă de intervenție, România înregistrând în continuare una dintre cele mai mari rate de spitalizare din UE: 215,13 internări la 1000 de locuitori, în anul 2007.

În 2008, în România, existau 457 spitale, dintre care 427 erau spitale publice.

Dezvoltarea **sistemului medical privat** spitalicesc a înregistrat o evoluție semnificativă; astfel, în anul 2009, peste 40 de unități private spitalicești erau în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, în 2010 numărul lor ajungând la 52.

Cheltuielile din sectorul sanitar au fost în România în mod tradițional scăzute, în comparație cu media europeană. Cu toate acestea, în ultimii ani bugetele sanitare au crescut, de la circa 90 E/locuitor la peste 200 E/locuitor. În ciuda acestei creșteri, România continuă să fie pe unul dintre ultimele locuri din UE în ceea ce privește resursele alocate sănătății.

Sectorul spitalicesc din România consumă în mod constant aproximativ 50% din bugetul CNAS, la care se adaugă fonduri de la Ministerul Sănătății pentru investiții și fondurile pentru programele derulate prin spitale.

În pofida faptului că în România se resimte din ce în ce mai acut o criză a personalului medical de specialitate, atât cu studii superioare, cât și cu studii medii, cheltuielile cu salariile reprezintă 76 % din totalul cheltuielilor spitalelor. Analizele efectuate au arătat că principala cauză este determinată de numărul exagerat, al personalului de conducere, administrativ, tehnic, necalificat, etc.

Fondurile rămase după plata salariilor, sunt alocate utilităților, medicamentelor, materialelor medicale și altor cheltuieli (hrană, spălătorie, pază).

Personalul medical spitalicesc reprezintă unul dintre cele mai reduse procente comparativ cu media UE

Acesta este distribuit teritorial neuniform, cu concentrarea în mediul urban în detrimentul celui rural și a regiunilor sărace sau cu grupuri specifice și care sunt cele mai expuse la risc (minorități, săraci etc.).

Nivelul scăzut al salariilor și modalitatea de salarizare neatractivă, atât din perspectiva veniturilor obținute, cât și datorită faptului că nu stimulează personalul performant, la care se adaugă posibilitatea personalului medical din România de a lucra în țările UE, a dus și va duce la o diminuare a personalului în domeniul medical, mai ales în rândul tinerilor și a celor înalt specializați.

Plățile informale sunt omniprezente în sectorul spitalicesc. Un studiu al Băncii Mondiale estima că totalul plăților informale din România anului 2004 era peste 300 milioane de euro și că reprezenta 41% din plățile totale de numerar.

Motivația pentru cei care oferă astfel de plăți neoficiale: convingerea că în acest fel primesc îngrijiri adecvate sau prompte (45%), tradiția (21%), recunoștința (11%).

Majoritatea personalului sanitar dă impresia, mai mult sau mai puțin explicit, că așteaptă plata unei sume suplimentare pentru prestarea serviciilor medicale.

**Strategia de reformă a sistemului spitalicesc din România are ca obiectiv crearea serviciilor spitalicești performante și eficiente**

Obiective specifice:

**1. Reducerea capacității excedentare de internare** vizează reducerea numărului de paturi,

fie din secțiile la care valorile indicatorilor permit reducerea propusă, fie din secțiile care pot furniza serviciile medicale și în regim ambulatoriu, ca de exemplu secțiile de dermatologie, oftalmologie, boli interne, diabet, etc.

**2. Reducerea cheltuielilor de personal în structurile spitalicești prin** reducerea numărului de funcții de conducere la nivelul spitalelor, reducerea personalului TESA și a muncitorilor angajați în spitale, dar cu păstrarea personalului implicat direct în asistența medicală, care oricum este deficitar la nivel național;

**3. Descentralizarea unităților spitalicești către structurile administrației locale deoarece** comunitățile locale cunosc și sunt mai aproape de nevoile cetățenilor pe care îi reprezintă și se facilitează atragerea în sistem a fondurilor externe suplimentare

**4. Acreditarea spitalelor** va demara în cursul anului 2011.

Se intenționează modularea finanțării pentru serviciile spitalicești, în funcție de intervalul de timp în care unitatea obține acreditarea. De exemplu, dacă un spital nu reușește să obțină acreditarea într-o perioadă de timp predeterminată, nivelul finanțării pentru serviciile sale va fi redus.

**5. Introducerea ghidurilor de practică -** instrumente de îmbunătățire a calității îngrijirilor, ceea ce va impune o disciplină în abordarea tratamentului (aplicarea celui mai eficient tratament cu costurile cele mai scăzute). Aceste ghiduri vor sta la baza elaborării protocoalelor terapeutice, a protocoalelor de transfer al pacienților și a protocoalelor de internare.

**6. Stimularea sistemului de asistență / spitalizare de zi**

**7. Introducerea coplății modice direct la furnizorul de servicii medicale.** Astfel, se vor reduce cererile nejustificate pentru serviciile medicale și se vor reechilibra solicitările între diversele paliere de asistență: un pacient va prefera o consultație la medicul de familie, unde va plăti doar 5 lei sau la specialistul din ambulatoriu (10 lei) decât să se interneze și să plătească 50 de lei.

**8. Reorganizarea sistemului caselor de asigurări de sănătate**

**9. Atragerea finanțării private în asigurările de sănătate**

**10. Revizuirea finanțării spitalelor prin sistemul DRG**

**11. Stabilirea criteriilor unitare de finanțare din fonduri publice a serviciilor oferite de unitățile spitalicești private.**

## PREMIERĂ MEDICALĂ: O INIMĂ ARTIFICIALĂ A FOST IMPLANTATĂ UNUI ADOLESCENT

O inimă artificială permanentă a fost implantată, pentru prima dată în lume, unui adolescent de 15 ani, la spitalul Bambin Gesù' din Roma. Intervenția a fost realizată în luna noiembrie, principala noutate fiind faptul că implantul nu este temporar, cum se făcea până acum, ci permanent. Într-o intervenție chirurgicală de 10 ore, medicii italieni i-au montat dispozitivul care îi va prelungi viața cu până la 25 de ani.

Potrivit experților, inima artificială temporară este utilizată pentru a-i ajuta pe bolnavii cardiaci care așteaptă o inimă compatibilă pentru transplant. De această dată, cardiologii de la Roma au preferat să implanteze o inimă artificială permanentă.

Inima artificială măsoară șase centimetri lungime, cântărește 400 de grame și constă în mai multe pompe hidraulice acționate electric. Pacientul

suferea de o maladie cardiacă gravă și nu era eligibil pentru un transplant. O inimă artificială a fost singura opțiune pentru a-i salva viața.

*Sursa: postamedicala.ro*



## BIOMASA O ALTERNATIVĂ ECOLOGICĂ

Ing. Birtu Daniela

Un obiectiv important al biotehnologiilor este utilizarea a cât mai multor materiale organice existente ca deșeuri având ca efect eliminarea surselor de poluare a mediului, în special a apelor, convertind asemenea poluanți în produși cu diverse utilizări. Nu toate aceste procesări implică utilizarea sistemelor biologice.

Biotehnologiile reprezintă ansamblul de activități organizate în vederea obținerii de produse de interes alimentar, farmaceutic, medical etc., în instalații industriale pe baza cunoașterii mecanismelor și legilor de organizare și de funcționare a sistemelor biologice. Pentru aceasta sunt utilizate microorganisme, plante și animale de diferite forme și mărimi, multe provenind din deșeuri.

Căpitanii de nave acordă o atenție deosebită unui marcaj trasat pe vapoarele lor, numit „linia Plimsoll”. Dacă nivelul apei ajunge asupra acestei linii, nava este prea grea și este în pericol să se scufunde. Când apare o astfel de situație rearanjarea încărcăturii pe vas nu ajută prea mult. Esențială este greutatea totală, care a depășit capacitatea de susținere a navei. Economistul Herman Daly folosește uneori această analogie pentru a atrage atenția asupra faptului că amploarea activității umane poate atinge un nivel pe care sistemele naturale ale planetei nu-l mai pot suporta mult timp. Echivalentul ecologic al „liniei Plimsoll” poate fi procentul maxim din baza de resurse biologice a Pământului pe care oamenii și-l pot însuși înainte ca o deteriorare rapidă și „în cascadă” a sistemelor care fac posibilă viața pe planetă să fie pusă în mișcare. Având în vedere cât de departe a ajuns distrugerea resurselor în momentul de față ne putem găsi foarte aproape de acest nivel critic. Nu ne rămâne decât să ușurăm povara înainte ca „nava” să se scufunde.

Biomasa vegetală și animală reprezintă sursa de carbon necesară desfășurării proceselor biotehnologice. Istoric se cunoaște că pentru producerea alcoolului s-au utilizat gramineele (porumb, orz, secară), iar pentru producerea brânzeturilor s-a utilizat laptele provenit de la diferitele mamifere (oaia, capra, vaca bivolita). Producția primară, fotosintetică realizată de plantele verzi microfite (alge) și macrofite (alge macroscopice și plante superioare) se bazează pe utilizarea energiei solare, captată de clorofilă -

pigment asimilator. Rezervele de biomasa pot fi deșeurile de lemn, deșeurile agricole, gunoiul menajer și culturile energetice. Producerea de biomasa nu reprezintă doar o resursă de energie regenerabilă ci și o oportunitate semnificativă pentru dezvoltarea rurală durabilă. În prezent, în Uniunea Europeană, 4% din necesarul de energie este asigurat din biomasa. La nivelul UE, se estimează crearea a cca. 300.000 de noi locuri de muncă în mediul rural, prin exploatarea biomasei. Se preconizează că biotehnologiile viitorului vor utiliza din ce în ce mai mult materiale degradabile, deșeuri rezultate din diferite procese productive din industria alimentară, forestieră, reprezentând carbohidrați cu complexitate chimică variată precum zahărul, amidonul, celuloza și lignina, obținute din sfecla de zahăr, trestia de zahăr, care în prezent sunt slab folosite. Produsele agricole purtătoare de amidon, precum porumb, orez, grâu, cartof dulce, vor constitui în continuare materie primă pentru diferite biotehnologii. Amidonul trebuie degradat în zaharuri simple oligozaharide și monozaharide prin digestie enzimatică sau pe cale chimică, după care are loc fermentația biologică. Multe procese biotehnologice se bazează pe utilizarea amidonului ca materie primă și ele merg până la obținerea de combustibil.

În prezent, în România nu s-au dezvoltat tehnologii de valorificare completă a tuturor deșeurilor, deși Reglementările cuprinse din legislația UE în domeniul ecologic impune valorificarea deșeurilor în procent cât mai mare. Toți suntem pe aceeași navă, iar marcajul dat de „linia Plimsoll” privește pe toată lumea și are aceeași semnificație pentru toți.

Timpul pe care îl avem la dispoziție pentru îndeplinirea misiunii covârșitoare de a ușura povara omenirii pare să fie destul de scurt...!

### Bibliografie:

1. L. R. Brown (1994), Probleme globale ale omenirii, Editura tehnică București
2. A. Fabian, R. Onacă (1999), Ecologie aplicată, Editura Sarmis Cluj-Napoca
3. P. Chirilă și colaborat. (2008), Principii de bioetică, Editura Christiana București



## PLANTE MEDICINALE FOLOSITE ÎN TRATAREA UNOR AFECȚIUNI

Andreea GÎJIU, Alin Bogdan POPA,  
anul I C AMF

Folosirea plantelor medicinale se bucură de o veche tradiție la noi în țară. Părintele istoriei, Herodot, a scris despre iscusința geto-dacilor în utilizarea lor multiplă. Aceasta se explică, pe de o parte, prin faptul că în mediul natural favorabil de la noi s-a dezvoltat o floră remarcabilă în general și medicinală în special (pe teritoriul României vegetând peste 3800 de specii, adică mai mult de jumătate din cele ce vegetează în întreaga Europă, din care peste 700 cu proprietăți medicinale), iar pe de altă parte, datorită faptului că populația autohtonă în secolele și mileniile de dăinuire pe același teritoriu, îmbrățișând ocupații strâns legate de natură a avut prilejul să o cunoască îndeaproape, să o iubească și să o folosească în variate scopuri.

Calitățile unor plante medicinale au fost cunoscute încă din vechime ale altora se descoperă abia în zilele noastre. Anticii spuneau: „**Pentru ce să moară omul când în grădina lui crește salvia?**” În munții Apuseni, într-o zonă cu tradiție milenară în folosirea plantelor medicinale, circulă și acum expresia: când treci pe lângă mușetel să îți scoți pălăria și să îi spui: „**Ziua bună, doctore!**” În adevăr, virtuțile acestor plante sunt mari, dar tot atât de adevărat este că substanțele cu efecte beneficoase asupra sănătății omului se găseau dintotdeauna și în alte plante, de atunci tot mai bine studiate și cunoscute. Frecvența cu care sunt solicitate plantele amintite se datorește desigur și calităților pe care le au ele, dar în principal și necunoașterii încă a unor plante tot atât de eficiente cu acțiuni terapeutice multiple și valoroase. Iată, de exemplu, numai câteva din plantele încă anonime și deci mai puțin solicitate:

**Florile de gălbenele și rădăcinile de tătăneasă** au proprietăți cicatrizante, ceaiurile din aceste plante fiind foarte indicate în colite și chiar ulcere.

**Florile de salcâm**, prin conținutul lor în glicozide, sunt bune (sub formă de ceai) pentru atenuarea hiperacidității, în gastrite și cunoscutele „arsuri la stomac”.

**Sulfina** este foarte apreciată pentru efectele ei în bolile de ficat; are o acțiune specifică de stimulare și regenerare a celulelor hepatice. Foarte util ar fi, în special pentru cei care apelează la

somnifere, medicamente nu întotdeauna indicate, dacă seara înainte de culcare ar bea o ceașcă de ceai de sulfină îndulcit cu miere.

**Cătina**, o adevărată polivitamină bogată în vitaminele C, B1, B2 - indicată pentru copii, convalescenți - are proprietăți antireumatismale, depurative (de eliminare a toxinelor din sânge), este foarte eficientă în combaterea și prevenirea urticariei, alergiilor, a diferitelor boli de piele. Dar iată o listă - nici ea completă - a plantelor cu acțiuni beneficoase asupra sănătății omului.

### PLANTE CU ACȚIUNE ASUPRA SISTEMULUI NERVOS

Calmează stările nervoase, favorizează un somn liniștitor. Dintre acestea amintim: cimbrisor, hamei, levănțică, obligeană, valeriană, păducel, roiniță, talpa-gâștei, tei, urzică-moartă albă, ciuboțica cucului.

### PLANTE CU ACȚIUNE ASUPRA APARATULUI RESPIRATOR

**1 În bronșite** Sunt eficiente ceaiurile de: anason, cimbrisor, ciuboțica cucului, coada șoricelului, gutui, fructe de ienupăr, isop, lichen de piatră, lumânărică, petale de mac, nalbă, mugur de plop, osul-iepurelui, frunze de pătlagină, muguri de pin, pir medicinal, plămânărică, podbal, soc, rădăcină de tătăneasă, flori de tei, trei-frați-pătați, ungueraș, urzică, urzică-moartă.

**2 Plante cu acțiune expectorantă:** ceaiurile din amestec de plante denumite: „ceai pectoral” și „ceai antibronșic” sau ceai din una din plantele: cimbrisor, ciuboțica cucului, frunze de chimen, coada-calului, fructe de fenicul, rădăcini de iarbă-mare, lumânărică, rădăcini de osul-iepurelui, podbal, frunze de pătlagină, frunze de plămânărică, muguri de plop, scai vânat, rădăcină de săpunăriță, sulfină, rădăcină de tătăneasă, flori de tei, trei-frați-pătați, ungueraș.

**3 Antiasmatic:** cimbrisor, fructe de fenicul, rădăcină de iarbă-mare, isop, mușetel, rădăcină de odolean, frunze de pătlagină, flori și frunze de podbal, talpa-gâștei, ungueraș, vâsc (frunzulițe cu rămurele).

**4 Pentru stările gripale:** se recomandă „ceaiul sudorific”, din amestec de plante, sau ceai dintr-o singură specie: ciuboțica cucului, rădăcină de brusture, frunze de frasin, fructe de ienupăr, isop, mentă, pir medicinal, flori de soc, flori de tei.

## PLANTE CU ACȚIUNE ASUPRA APARATULUI DIGESTIV

Teodora Marțiana MITRAN, Ileana Laura DAVID  
Anul I, AMF

**1 Plante stomahice:** favorizează digestia prin secreția sucurilor gastrointestinale: anason, cereșel, cicoare, cimbrisor, coada șoricelului, coriandru, fenicul, ghințură, hamei, iarbă-mare, ienupăr, isop, maghiran, mur, mușchi de piatră, mușeșel, muștar alb, obligeană, pelin, porumbur, roiniță, salcâm, schinel, talpa-gâștei, țintaură, șovârv, unguraș, urzică.

**2 Plante care măresc secreția biliară:** anghinare, brusture, cicoare, coada –șoricelului, crușin, gălbenele, ghințură, hamei, iarbă-mare, izmă-bună, levănțică, mușeșel, măceș, mușchi de piatră, păpădie, roiniță, pir, porumb, rostopască, salcie, sunătoare, tei, țintaură, sulfină, turiță-mare, unguraș și volbură.

**3 Plante indicate în afecțiunile hepatice:** ceaiul din amestec de plante aflat în comerț cu numele de „ceai hepatic” sau ceai dintr-una din următoarele plante: frunză de anghinare, cicoare, cimbrisor, flori de gălbenele, flori de levănțică, scoarță de crușin, frunze de salvie, rădăcină de ghințură, coada-șoricelului, rădăcină de brusture, frunze de mentă, rostopască, roiniță, păpădie, sunătoare, turiță-mare, sulfină, unguraș.

**4 Plante cu acțiune antiulceroasă:** coada-calului, gălbenele, lemn-dulce, mușeșel, pătlagină, plămânărică, sunătoare, tătăneasă.

**5 Plante cu acțiune antiacidă:** recomandate în hiperaciditatea stomacului: coada-calului, salcâm, zmeur.

**6 Plante cu acțiune antispastică intestinală** recomandate pentru colici (crampe): anason, chimen, coada-racului, coada-șoricelului, fenicul, izmă-bună, măghiran, mușeșel, obligeană, odolean, roiniță, sulfină.

**7 Plante cu acțiune dezinfectantă a intestinului:** indicată în colite: anghinare, cimbrisor, in, măceș, mur, coada-șoricelului, mușeșel, nalbă, sunătoare, urzică-moartă.

### PLANTE INDICATE PENTRU ECHILIBRAREA METABOLISMULUI

**1 Vitaminizante:** cătină, ciuboșica cucului, măceș, urzică.

**a) Fructele de cătină** sunt considerate ca o polivitamină naturală. În compoziția lor predomină vitamina C, vitaminele B1 și B2, acid folic, acid nicotinic, pigmenti carotinoide. Pot fi foarte mult diversificate sub formă de: suc, gem, marmeladă, sirop, vin, lichior.

**b) Frunzele de ciuboșica cucului** conțin vitamina C; se pot folosi sirop sau praf (frunze uscate mărunțite)

**c) Fructele de măceș** sunt foarte apreciate pentru conținutul lor bogat în vitaminele C, A, B1, B2, P, K. Pe lângă vitamine măceșele mai conțin zahăruri, acid citric și malic, pectine, tanin. Se recomandă ca tonic vitaminizant, având proprietatea de a întări organismul (în special în convalescență); sub formă de ceai, sirop, gem. Datorită vitaminei P, preparatele din măceșe au proprietatea de a menține permeabilitatea și elasticitatea vaselor capilare, normalizând circulația sângelui.

**2 Pentru combaterea obezității** se recomandă un ceai complex denumit „ceai depurativ”, aflat în comerț sau ceai dintr-una din următoarele plante: scoarță de crușin, frunze de mur, osul-iepurelui, păpădie, mătase de porumb, flori de soc, urzică.

**3 Antireumatismale:** cătină, cimbrisor, coada-racului, coada-calului, frasin, hamei, iarbă-mare, ienupăr, merișor, mesteacăn, muștar negru, muguri de plop, osul-iepurelui, păpădie, mătase de porumb, pir, salcie troscot, turiță-mare, urzică.

### PLANTE INDICATE ÎN AFECȚIUNII CARDIOVASCULARE

**1 Cu acțiune hipotensivă:** anghinare, isop, măceș, păducel, sulfină, talpa-gâștei, vâsc.

**2 Cu efect tonic-cardiac:** anghinare, tei de fasole, odolean (valeriană), păducel, talpa-gâștei.

### PLANTE INDICATE ÎN AFECȚIUNII RENALE

**1 Cu acțiuni diuretice:** afin, albastrele, anason, anghinare, brusture, chimen, cireș, ciuboșica cucului, coada-calului, dud, fasole, fenicul, fag, frasin, iarbă-mare, hamei, ienupăr, lemn-dulce, levănțică, măceș, măghiran, merișor, mesteacăn, muguri de plop, osul-iepurelui, păpădie, pin, pir, plămânărică, porumbur, mătase de porumb, săpunăriță, scai-vânat, soc, sulfină traista-ciobanului, trei-frați-pătați, urzică.

**2 Dezinfectante al căilor urinare:** ceai de tei de fasole, in, merișor, mușeșel, nalbă, osul-iepurelui, muguri de plop, plămânărică, pir, mătase de porumb, soc.

**3 Pentru combaterea litiazei renale:** ceaiul complex „diuretic”, aflat în comerț sau ceai din: măceș, coada-racului, osul-iepurelui, mătase de porumb, in, frunze de mentă, merișor, turiță-mare, frunze de mesteacăn, frunze de urzică.

## AUTOEXAMINAREA SÂNILOR

Lavinia Veronica SUICĂ, anul I AMG

Majoritatea femeilor sunt speriate la momentul actual de incidența cancerului mamar, sperând fiecare în parte ca această nenorocire să nu se abată asupra lor. Este important să înțelegem că cea mai bună este prevenția în cazul patologiilor mamare sau diagnosticul precoce.



Pentru a obține un diagnostic precoce trebuie să mergem de două ori pe an la medicul ginecolog pentru a efectua un control al sânilor și totodată trebuie ca zilnic fiecare femeie și faci autoexaminarea sânilor (însă niciodată cu o săptămână înaintea menstruației, căci aceștia sunt tumefiați și veți avea senzația că găsiți de toate la palparea glandei mamare). Pentru mai multe informații citiți articolul: „Autoexaminarea sânilor – primul pas în depistarea patologiilor mamare”. Glandele mamare sunt împărțite din punct de vedere clinic în 5 cadrane: supero-lateral, supero-medial (spre stern), infero-lateral, infero-medial și cel central sau mamelonar. Ductele galactofore ale glandei mamare converg toate către orificiile mamelonare. Între țesutul glandular și piele se află țesut adipos. Glanda mamară nu conține mușchi ci doar niște tacturi (cordoane) care leagă stratul subcutanat al sânilui de pectorali, susținând glanda mamară.

### Care sunt caracteristicile sânilor sănătoși?

- Asimetria minoră: sânul stâng nu este egal cu cel drept, însă diferența dintre ei este mică, nu trebuie să depășească un număr de cupă la sutien. Asimetria sânilor este mai mare fără a fi semn patologic doar la pubertate, când glanda mamară începe să se

dezvolte și la începutul sarcinii, când glandele mamare se pregătesc pentru alăptare. Mai există un sindrom congenital ce prezintă pe lângă alte anomalii (renale, biliare) și asimetria evidentă a sânilor: Sindromul Poland.

- Caracteristicile pielii: pielea sânilor este la fel cu cea a restului corpului (exceptând bronzul), aceeași hidratare, culoare, fermitate și temperatura.

- Consistența sânilor este fermă și aceeași în toate cadranele sânilui

- Mamelonul trebuie să fie proeminent, pigmentat, la aceeași temperatură cu restul sânilui, fără să fie iritat, să prezinte descuamări, mâncărimi, secreție sau înfundare

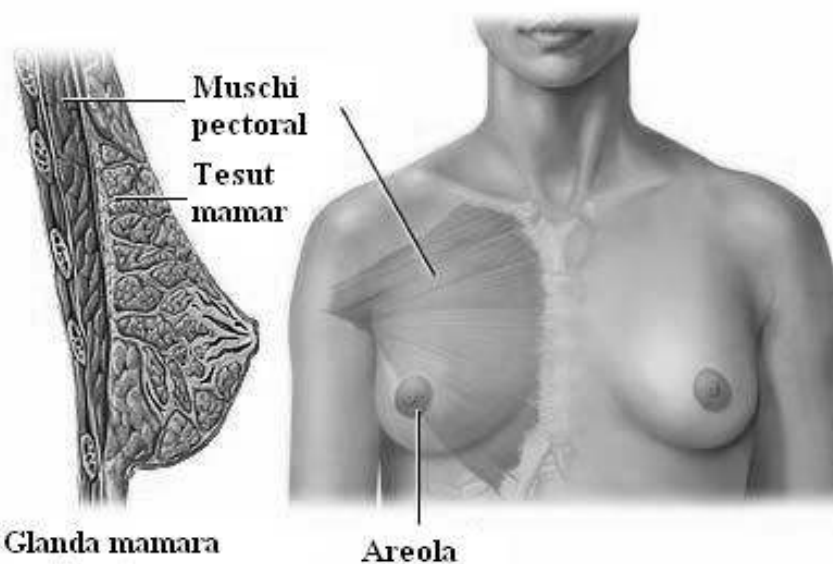
- Sâni normali nu prezintă secreții (foarte rar acestea pot să apară în condiții de stres intens, efort fizic exagerat și sarcină). Având în vedere descrierea de mai sus a anatomiei sânilor și a caracteristicilor generale ale sânilor sănătoși este ușor de dedus care ar fi semnele și simptomele afecțiunilor mamare. Din păcate o gamă largă dintre modificările patologice ale sânilor sunt ignorate și am să exemplific mai jos:

- Fermitatea sânilor: dacă femeia își palpează sânii în fiecare zi, mai puțin în săptămâna dinaintea menstruației, poate observa dacă apare o afecțiune mamară încă în stadiul incipient al acesteia, observând la palpate modificări în consistența omogenă a sânilor: indurație, un nodul sau mai mulți, dimensiunea nodulilor (de ordinul milimetrilor sau centimetrilor), numărul (unic sau multiplu) etc. Uneori se poate simți doar o indurație difuză însoțită sau nu de durere. Toate acestea sunt semne patologice iar femeia trebuie să se prezinte la doctor.



- Asimetria evidentă a sânilor: unul din sâni (sau ambii) își poate modifica dimensiunea, rezultând o asimetrie evidentă a sânilor (unul din sâni depășește cu un număr de cupă mărimea celuilalt). Aceste modificări de volum apar datorită unei afecțiuni în interiorul sânelor care determină creșterea în dimensiune, cum ar fi unul sau mai multe chisturi, noduli, inflamație sau infecție etc.

- Aspectul mamelonului este deosebit de important. Acesta nu trebuie să își modifice forma și dimensiunile, iar dacă devine retractil, înfundat, descuamat, cu depigmentări (decolorări), își modifică temperatura față de restul sânelor, devine indurat, dureros, prezintă mâncărimi, iritație, ulcerare, răsucire sau orice altă modificare trebuie să vă prezentați la medic. Există și situații când femeia prezintă de la naștere o anomalie la nivelul mamelonului, cum ar fi mamelon înfundat. În



acest caz aspectul mamelonului nu trebuie considerat a fi patologic. De asemenea dacă la palparea mamelonului, deși acesta nu prezintă alte modificări de aspect, se simte imediat sub el indurații în „carte de vizita” și dacă mai asociază mâncărimi sau descuamări temporare, poate chiar și secreții, trebuie să vă prezentați cât mai repede la medicul ginecolog, putând fi vorba despre boala Paget a sânelor.

## SERVICIUL DE PERMANENȚĂ ÎN FARMACII AR PUTEA DEVENI OBLIGATORIU

Începând de anul viitor, farmaciile ar putea fi obligate să facă serviciu de permanență. Cel puțin asta dorește Atilla Cseke, să instituie în farmaciile din localitățile cu peste 20.000 locuitori. Însă proiectul de Ordonanță de Urgență privind modificarea Legii Farmaciei nr. 266/2008 va ajunge și la Colegiul Farmaciștilor din România.

„Asigurarea asistentei farmaceutice permanente a populației este obligatorie pentru minim o farmacie în localitățile cu cel puțin 20 000 locuitori. Metodologia de funcționare se va stabili, conform Ordinului ministrului, adoptat cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România în termen de 60 de zile de la adoptarea Legii”, a precizat Atilla Cseke, ministrul Sănătății.

Potrivit acestuia în județele Ilfov, Bistrița-Năsăud, Covasna, Gorj, Harghita, Ialomița nu există nicio farmacie cu program permanent. Iar în județele Brașov, Galați, Alba, Olt, Satu Mare, Suceava, Vrancea, Caraș-Severin exista doar o farmacie cu program permanent.

O altă modificare la actuala lege a Farmaciei pe care dorește ministrul Sănătății s-o facă este legata de înființarea noilor farmacii comunitare.

*Sursa: postamedicala.ro*



## PREPARATE DIN PROPOLIS

Prof. Marian NIȚĂ

Propolisul, un produs de o valoare terapeutică excepțională, apreciat ca unul dintre cele mai eficiente medicamente găsite în natură. Propolisul, numit și „clei de albine” sau „penicilină rusească”, este un produs apicol extrem de prețios. Constă dintr-un amestec de substanțe rășinoase, lipicioase, de culoare verde-brun sau cafeniu, cu aromă plăcută de rășină și balsamuri.

- Tinctura de propolis: se iau 20-30 g propolis brut la 100 ml alcool 90ș, se lasă la macerat, în întuneric, cu agitare zilnică timp de 7 zile, se strecoară în sticlute de culoare închisă și se consumă câte 30-50 de picături puse pe o felie de pâine sau în miere, de 2-4 ori pe zi, cu o oră înainte de mese. Nu se recomandă diluarea cu apă, deoarece anumite substanțe din compoziția propolisului precipită în contact cu apa, devenind insolubile și trec prin organism fără efect;

- Extract alcoolic de propolis: se iau 150 g propolis brut, pulverizat fin, care se pune la macerat, în întuneric, cu un litru alcool 90ș, agitând zilnic. După

se adaugă un tifon și se trece în sticlute timp îndelungat. Se consumă în 100 ml lapte sau apă caldă, de 3-4 ori pe zi. Are efecte în reglarea fluxului sanguin pe gingia dureroasă sau pe durerea și împiedică infecția; siropul se prepară din 5 lingurițe de propolis în 200 ml apă rece; are efecte în tratamentul stomatitelor și a cariei dentare (în funcție de doză și urii);

- Unguent de propolis: se pulverizează de la 100 g propolis în tratarea unor afecțiuni

externe (ulcer varicos de gambă, plăgi, eczeme, arsuri, leziuni cutanate, keratodermii, leziuni);

- Miere propolizată: se combină o linguriță de tinctură de propolis cu 3 lingurițe de miere. Se recomandă la copii câte 2 lingurițe de 3 ori pe zi, pentru întărirea sistemului imunitar și pentru combaterea

infecțiilor respiratorii și intestinale. Adulții anemici vor lua câte o lingură de 3 ori pe zi ca biostimulator, mărind rezistența fizică și înlăturând oboseala;

- Sirop de propolis: se prepară dintr-o linguriță propolis brut mărunțit în 250 ml apă, care se fierbe până când lichidul scade la jumătate; se strecoară, se îndulcește cu 2 linguri de miere și se consumă cu mare eficacitate în combaterea tusei (3 lingurițe pe zi);

- Unguent de propolis: peste 50 de grame de untură încălzită la foc mic se pun 3 linguri tinctură de propolis și o bucată de ceară de mărimea unei alune; se amestecă bine timp de 10 minute, se ia de pe foc și se amestecă în continuare până la întărire. Preparatul se păstrează în frigider și se folosește în tratament extern pentru vindecarea unor răni ușoare, eczeme, arsuri și contuzii;

- Propolis brut: o bucată de propolis de mărimea unei alune se suge ca pe o bomboană sau gumă de mestecat, astfel că principiile active să aibă efect local. Se recomandă în infecții la nivelul gurii, în faringite și amigdalite. Faptul că aderă puternic pe dantură este un inconvenient și necesită o spălare repetată.



## HEPATITA CRONICĂ VIRALĂ C

Dr. Alin Gabriel IONESCU  
Nicuța Niculescu, An III, AMG

Virusul hepatitic C a fost descoperit de către Q.L. Choo (1988) și M. Houghton (1989) de la laboratoarele Emeryville, California, în colaborare cu B. Bradley de la CDC - Atlanta. Utilizând tehnici de clonare moleculară, descoperă virusul hepatitic C (VHC) la cimpanzeii infectați cu serul provenit de la bolnavii cu **hepatita** non-A, non-B. VHC este un virus ARN liniar, monocatenar, cu polaritate pozitivă, alcătuit din 9500 de nucleotide a cărui genom este organizat similar cu cel al flavivirusurilor și pestivirusurilor. VHC constituie propriul gen în familia Flaviviridae. Genomul VHC conține un singur cadru deschis de citire care codează o poliproteină virală de ~3000 de aminoacizi. Capătul 5' al genomului este alcătuit dintr-o regiune netradusă adiacentă genelor pentru proteinele structurale, miezul nucleocapsidic proteic și două glicoproteine de înveliș, E1 și E2/NS1, regiunea netradusă de la capătul 5' și gena pentru miez sunt foarte bine conservate în genotipuri, dar proteinele de înveliș sunt codate în regiunea hipervariabilă, care variază de la un izolat la altul. Aceasta permite virusului să evite mecanismele imunologice ale gazdelor îndreptate împotriva proteinelor accesibile din învelișul viral. Capătul 3' al genomului conține genele pentru proteinele nonstructurale. Au fost identificate, prin secvențializarea nucleotidelor, cel puțin 6 genotipuri distincte ale VHC precum și subtipuri ale genotipurilor sale. Datorită deosebirii izolatelor VHC în cadrul genotipului sau subtipului și la aceeași gazdă, este imposibilă definirea unui genotip distinct, aceste diferențe intragenotipice referindu-se la termenul de semispecie. Diversitatea genotipică și a semispeciilor VHC, rezultând din rata înaltă de mutație a acestuia, interferează cu imunitatea efectivă umorală.

Infecția cu virusul hepatitic C afectează actual ~ 170 de milioane locuitori în SUA și Europa, circa 75% din ei dezvoltând infecție cronică exprimată ca **hepatită** cronică, ciroza hepatică (20- 30%) sau carcinom hepatocelular. Deși prevalența infecției în populația generală nu este foarte bine cunoscută se identifică zone endemice:

➤ reduse (<2%): America și Europa de Nord, Franța, sudul Braziliei, Australia;

➤ medii (2-5%): Asia, nordul Braziliei, țările sudice mediteraneene;

➤ înalte (>5%): Europa de Est, Africa;

Pentru ca infecția cu VHC să se extindă este necesar să existe sursa de infecție, căile de transmitere și masa receptivă. Sursa de infecție este reprezentată de subiectul viremic (bolnav/ donator de sânge).

*Receptivitatea populației la infecție este generală* având în vedere că nu există o vaccinare împotriva hepatitei C. Există câteva grupuri care prezintă un risc ridicat de a contacta hepatita C:

➤ persoane care au suferit transfuzii de sânge sau transplanturi de organe;

➤ persoane afectate de hemofilie (peste 60% din cazuri)

➤ utilizatori ai drogurilor injectate;

➤ personal al spitalelor;

➤ copii născuți din mame infectate cu virusul hepatic C;

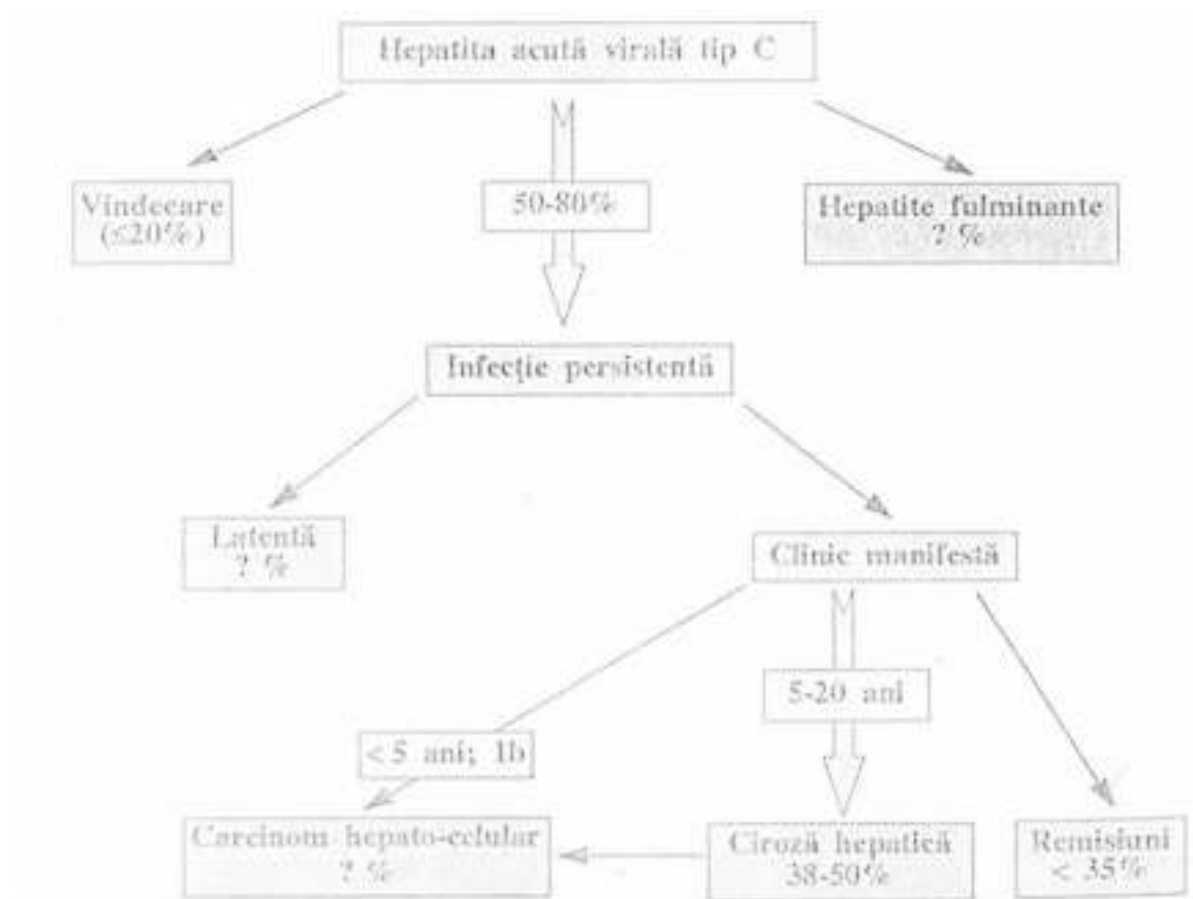
➤ familii ale persoanelor infectate;

➤ persoane cu parteneri sexuali multipli;

➤ adepți ai tatuajelor și a piercingurilor numeroase.

### Istoria naturală a infecției cu VHC

Infecția acută VHC evoluează în majoritatea cazurilor asimptomatic. Aspectul de **hepatită** acută fulminantă este rar întâlnit. Boala poate îmbrăca o formă acută severă atunci când infecția se greșează pe fondul unei hepatopatii cronice necunoscute, când se produce o coinfecție cu virusul hepatitic B (VHB) - virusul hepatitic C sau la primum de transplant hepatic. Evoluția este marcată de procentul mare al cronicizării bolii hepatice (70-80%) și de dezvoltarea cirozei (20%) după un interval mediu de 3 decenii. Carcinomul hepatocelular (3-4%) și ciroza explică marea majoritate a deceselor la pacienții cu **hepatita** cronică virală C. Factorii de prognostic negativ privind rapiditatea progresiei bolii sunt: genotipul I b, nivelul ridicat al viremiei și gradul diversității



genetice a virusului, transmiterea transfuzională a VHC, imunodeficiența, coinfecția cu VHB sau HIV și consumul abuziv de alcool.

**Tabloul clinic** al hepatitei C este cel mai adesea șters sau absent. Un semn destul de caracteristic este astenia persistentă (aceasta apare între 2-26 săptămâni de la infectare), nejustificată de efortul fizic sau psihic depus; alte manifestări clinice sunt reprezentate de fatigabilitate, inapetenta, mialgii, dureri în hipocondrul drept. Uneori poate să apară un sindrom dispeptic nesistematizat. Alături, în **hepatita C** pot apărea manifestări extrahepatice, considerate ca expresie a unor tulburări imunologice: purpura trombocitopenică, artralгии, poliarterita nodoasă, crioglobulinemia mixtă, sindromul Sjogren, tiroidita autoimună, glomerulonefrita membranoasă, **hepatita** autoimună și diverse manifestări cutanate de tip lichen plan, sialadenită, ulceratii corneene.

**Tratamentul** hepatitei Cronice virale C cuprinde măsuri generale și medicație. Măsurile generale pentru un astfel de bolnav cuprind un regim de viață apropiat de cel al unui individ normal.

Activitatea fizică ușoară (mișcarea) nu va fi contraindicată. Repausul la pat în mod prelungit nu a dovedit a aduce beneficii. În formele ușoare și moderate, bolnavul poate să-și continue activitatea profesională, mai ales în meserii fără eforturi fizice deosebite. Se va contraindica în mod absolut consumul de alcool, datorită efectului sinergic hepatotoxic.

*Dieta* este apropiată de cea a unui individ normal, recomandându-se aport suficient de proteine, vegetale și fructe. Administrarea de medicamente va fi contraindicată pe cât posibil, din cauza efectului hepatotoxic al multor medicamente. *Medicamentele hepatoprotectoare* nu modifică evoluția bolii și nu au efect antiviral.

*Medicația antivirală* reprezintă la ora actuală baza terapiei în **hepatita C**, efectuându-se cu Interferon, derivați ai acestuia și analogi nucleozidici - Ribavirina. Scopul tratamentului este cel al eradicării VHC exprimat prin răspuns susținut (24-48 săptămâni de la sistarea tratamentului): normalizarea aminotransferazelor și negativarea ARN VHC (PCR negativ), cu îmbunătățirea tabloului histologic.

## IGIENA CAVITĂȚII BUCALE

Ana Maria BONCIOG, anul I AMG

Igiena cavității bucale înseamnă curățarea dinților, a gingiilor și chiar a limbii. Când periem dinții, trebuie să avem o schemă pe care să ajungem să o urmăm reflex, reușind astfel să igienizăm eficient toate suprafețele dentare, într-un timp minim.

Fiecare dinte are 5 suprafețe: una exterioară (vestibulară - spre buze și obraji), una orală, interioară (linguală), două laterale (proximale - prin care dinții vin în contact unii cu ceilalți) și una ocluzală (pe care mâncăm). Toți dinții alcătuiesc **arcadele dentare**: superioara și inferioara.

Noi periem, practic, arcadele dentare (și nu dinte cu dinte), de fapt cele 3 suprafețe ale arcadei dentare: exterioara (vestibulară), orală (interioară) și ocluzală (pe care mâncăm), și o mulțime de spații interdentare greu accesibile.

Este locul aici să specific faptul că cea mai bună metodă de evaluare a stării igienei bucale și a metodelor folosite este vizita la medicul stomatolog sau asistentul igienist. Doar în cabinet se poate face o igienizare profesională periodică. Pe de altă parte, indiferent cât de eficiente sunt mijloacele și metodele de igienizare, sunt necesare în primul rând perseverența și colaborarea cu igienistul sau medicul stomatolog. Folosesc foarte mult termenul de igienizare și nu de periaj și veți vedea de ce.

Primul și cel mai uzual mijloc de igienizare dentară și gingivală este **periajul** cu periuța de dinți clasică, electrică sau cu ultrasunete (mai nouă și, după cum arată studii statistice, mai eficientă - nu se afla încă pe piața noastră).

Indiferent pe care o folosim, trebuie să facem periaj de cel puțin 2-3 ori pe zi, pe toate suprafețele arcadei dentare, masând în același timp și cu aceleași mișcări și gingiile, și dinții (pe principiul „dinspre gingie spre dinte” și niciodată invers; obișnuiesc să le explic pacienților să facă periajul ca și cum ar vrea să aducă gingia pe dinte și că sunt interzise mișcările verticale dinspre dinte spre gingie sau cele orizontale care provoacă „fuga” gingiei de pe dinte).

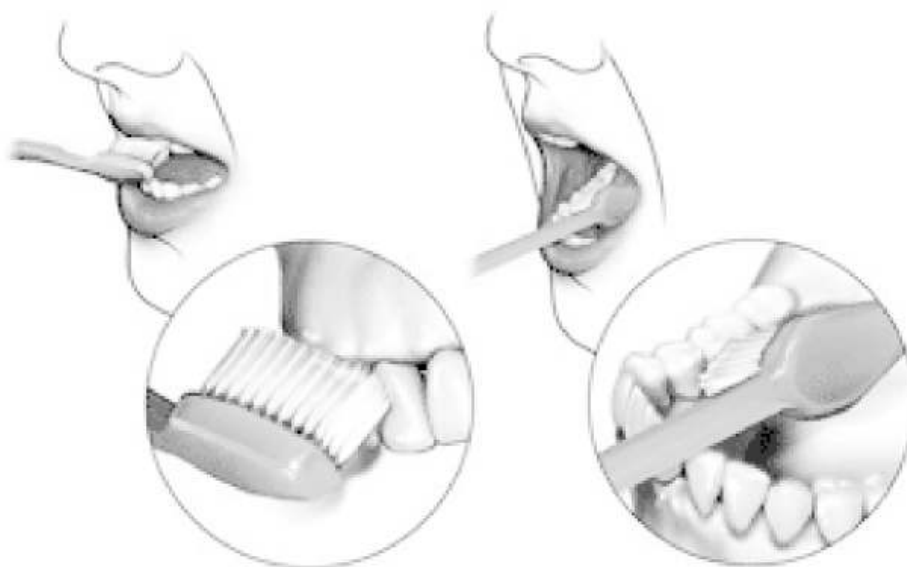
În societatea noastră, educația legată de igiena cavității bucale se referă în principal la folosirea regulată și frecventă a periuței de dinți. Există un studiu statistic care arată că în România o persoană folosește, în medie, o periuță la aproximativ 3,5 ani. Comparativ, în Anglia o persoană folosește, în medie, o periuță la aproximativ un an.

De fapt, o periuță se schimbă în medie la 3-6 luni, în funcție de felul în care ne periem. Mai corect, aceasta trebuie înlocuită la primele semne de uzură, când filamentele încep să se îndoie la vârf sau filamentele colorate „tip indicator” încep să-și piardă

culoarea la vârf. Din acel moment, eficiența periajului scade la 50%, chiar dacă efectuăm aceleași mișcări și acordăm periajului același timp.

Adulții și copiii peste 10-12 ani trebuie să folosească periuțe pe care este specificat „mediu” (duritatea filamentelor este medie). Pacienții cu probleme parodontale, la

r e c o m a n d a r e a





medicului, vor folosi periute „soft” (moi) și vor fi educați să adopte o tehnică specială de periaj.

O igienizare dentară complexă înseamnă mai mult decât periajul. Se vorbește din în ce în ce mai mult de **igiena interdentară și legătura directă cu problemele parodontale**. Ceea ce se face, din punct de vedere educativ, în România, legat de periajul dentar corect și regulat, se face, în societăți cu mai multă experiență, pentru promovarea metodelor de igienizare interdentară, ca parte normală a igienizării bucale zilnice.

Neîndepărtată, placa bacteriană interdentară creează condițiile îmbolnăvirii gingiei. Astfel, gingivita de gravitate medie este o boală larg răspândită, afectând 91-100% din populație. Periajul singur nu poate îndepărta eficient placa bacteriană de pe suprafețele interproximale (în contact), așa că sunt necesare **metode suplimentare de curățare**, cum ar fi ața dentară, scobitorile, periutele interdentare (obligatorii, alături de periutele obișnuite, la cei care au aparate ortodontice sau lucrări protetice fixe-punți) etc.

Nu toate aceste mijloace se potrivesc tuturor pacienților și tuturor tipurilor de dentiție. Alegerea

lor trebuie să se facă cu ajutorul asistentului igienist sau al medicului stomatolog. Pentru cei cu dentiție permanentă, cu gingii sănătoase și pentru copiii peste 10-12 ani (când există și o dezvoltare neuro-motorie corespunzătoare), metoda cel mai frecvent recomandată este ața sau banda dentară.

Există și mijloace suplimentare de menținere a unui mediu bucal sănătos, de **control chimic al plăcii dentare bacteriene**. Sunt: ape de gura, geluri și spray-uri, accesibile populației în magazine sau unele doar în cabinetele stomatologice.

Există, de asemenea, oameni cu handicapuri, care folosesc cu mare dificultate peria dentară. Modalitățile de acțiune a acestor ape, geluri, spray-uri sunt fie atacarea directă a microorganismelor (prin afectarea metabolismului lor), fie împiedicarea microorganismelor de a adera la placa dentară, fie creșterea rezistenței suprafeței smalțului dentar la atacul microbial (geluri pentru fluorizare, etc.).

Prin toate aceste metode, îndepărtând placa dentară, creăm condițiile pentru un mediu oral sănătos: o anumită concentrație bacteriană sub o valoare maximă admisă, un PH salivar normal și, desigur, sunt și alți indicatori specifici, interpretabili de către profesioniști, dacă situația o cere.

---

## CAFEAUA NE POATE FACE MAI INFLUENȚABILI

O echipă de cercetători de la Universitatea Queensland din Australia a ajuns la concluzia că un individ băutor de cafea este mai ușor de influențat decât unul care nu consumă această băutură. În cadrul studiului, cercetătorii au intervievat aproximativ 140 de persoane. La început acestora li s-a cerut să-și expună părerea în problema avorturilor. Apoi, subiecții au fost împărțiți în două grupuri, dintre care primul a fost servit cu mai multe cești de cafea.

Ulterior, voluntarilor li s-a prezentat o serie de argumente care nu coincideau cu poziția exprimată anterior de aceștia. În finalul studiului, oamenii de știință au concluzionat că persoanele care nu au consumat cafea nu și-au schimbat punctul de vedere, în timp ce fanii licorii energizante au

renunțat rapid la opiniile lor. Astfel, cercetătorii apreciază că sub influența cofeinei ființa umană este mai ușor de manipulat decât în absența ei.



## PROMOVAREA COOPERĂRII ȘI MOBILITĂȚII ÎN EDUCAȚIE

Prof. Neacșu Cornelia

Împreună cu specialiști pe probleme ale educației din 7 țări europene, în perioada 26.04-30.04.2010 am participat la o vizită de studiu, în Franța la Dijon, cu titlul „Tranziția de la învățare și formare profesională la viața activă” cu subiectul „Facilitarea integrării profesionale a absolvenților”.

**Obiectivele vizitei** au fost:

- promovarea cooperării și mobilității în educație;
- cunoașterea de bune practici europene în domeniul educației;
- exemple de bune practici privind implicarea patronatelor și a comunității locale, a factorilor decizionali din administrația locală în inserția profesională a tinerilor;
- alternative/filiiere educaționale de formare profesională pentru tineri cu vârsta între 15-25 ani.

**Detalii asupra participării**

Vizita de studiu a fost organizată de Centre de Formation d'Apprentis des Maisons Familiales Rurales de Bourgogne, având ca reprezentant pe domnul director Xavier Cosnard care s-a ocupat de organizarea și desfășurarea tuturor activităților. Au fost prezentate sistemele de învățământ, structura și variantele/alternative educaționale specifice învățământului profesional și tehnic. S-au vizitat școli CEFA (Centre d'Éducation et de Formation en Alternance), MFR din Quetigny, CFAI la Dijon, CFA de la Agencourt, unde au avut loc asistențe la activități didactice, mese rotunde, dezbateri ale diverselor variante educaționale.

Am vizitat spații de învățare, săli de clasă, laboratoare, ateliere, biblioteca, sala multimedia etc. Am discutat cu elevii privind practica lor în producție, proiectele de viitor, mobilitățile lor internaționale pentru dezvoltarea unor proiecte personale etc. Am realizat o vizită de lucru și la Universitatea din Dijon și la Camera de Comerț și Industrie Dijon, unde s-au discutat strategiile de încurajare a tinerilor pentru formare profesională personalizată, sistemul de acordare de burse pentru dezvoltare de proiecte în alte țări etc.

**Relevanța activităților organizate în timpul vizitei de studiu**

Activitățile organizate au demonstrat o foarte bună mobilitate a formatorilor și elevilor din Franța în spațiul european cât și în Africa. Sistemul de parteneriat public-privat este un element care facilitează integrarea absolvenților pe piața forței de muncă. Valorizarea competențelor dobândite este foarte importantă în dezvoltarea carierei tinerilor. Există o preocupare și un efort concertat al reprezentanților de la CCI și Consiliul Regional pentru stimularea tuturor factorilor în vederea dezvoltării unui învățământ tehnologic de calitate.

**Alternative/filiiere educaționale de formare profesională pentru tineri cu vârsta între 15-25 ani:**

- Centre de formare familiale rurale, M.F.A. maisons familiales rurales
- Centre de educație și formare în alternanță, C.E.F.A., centre d'éducation et de formation en alternance, se bazează pe colaborarea strânsă dintre unitatea școlară (2 zile din săptămână este activitate a elevului la școală) și practica elevului în întreprindere (3 zile din săptămână);

**Adrese utile:**

**Pentru informații referitoare la toate domeniile profesionale**

**C.F.A. M.F.R. Bourgogne, 60G Avenue du 14 Juillet Parc Tertinaire des Grands Crus 21300 CHENOVE tel. 03 80 54 04 64 fax 03 80 54 04 65, directeur M. Xavier Cosnard, xavier.cosnard@mfr.asso.fr;**

- pentru domeniul agricultură, zootehnie, amenajarea spațiilor naturale rurale (lucrător în grădinarit și plantat în parcuri, în cultura plantelor etc.):

**Maison Familiale Rurale, 33 Bld. de Bellevue 21802 QUETIGNY Cedex**

tel 03 80 46 35 49, fax 03 80 468260 e-mail: mfr.quetigny@mfr.asso.fr

http://mfr.quetigny.free.fr; directeur M. Thierry Hubert e-mail: [thierry.hubert@mfr.asso](mailto:thierry.hubert@mfr.asso);

- domeniul industrie (mecanic auto, electrician, tinichigiu auto, montator pneuri etc.)

**C.F.A.I. 21-71 Cote d'Or-Saone-et-Loire tel 03 80 78 79 50**

- construcții (zidar, fierar betonist, montator cofraje, zugrav, instalator instalații sanitare etc.)

**C.F.A. – B.T.P. „Antoine Rosati”**, 48, rue du Fort de la Motte Goron, 21000 DIJON; tel 0380412445 fax: 03 80 41 01 28 www.cfa-batiment-21.fr

- domeniul turism și alimentație publică

- **C.I.F.A. (Centre Interprofessionnel de Formation d’Apprentis) Jean Lameloise**, 17, voie Romaine, 71640 Mercurey; directeur Gerard Baudot;

- **Istituto Professionale di Stato per i Servizi Alberghieri e della Ristorazione „Vincenzo Telese” Ischia**; prof. Ssa. Giuliana d’Avino dirigente scolastico tel +39 081 985833 Via Fondo Bosso, 1 ISCHIA (NA) 80077, tel +39 081 981566, +39 081 983210,

email: [teleseischia@libero.it](mailto:teleseischia@libero.it);

- domeniul sănătate și asistență socială:

**M.F.R. Agencourt**

4 rue du Lavoir 21700 AGENCOURT; tel 0380610214 fax 0308613167

e-mail: [mfr.agencourt@mfr.asso.fr](mailto:mfr.agencourt@mfr.asso.fr) site:

[www.mfra.info](http://www.mfra.info).

## MULTAQ PRIMĂ LINIE DE TRATAMENT ÎN FIBRILAȚIA ATRIALĂ

Sanofi-aventis a anunțat recent că noile Ghiduri ale Societății Europene de Cardiologie (European Society of Cardiology - ESC) din 2010 pentru managementul fibrilației atriale (FA) au fost publicate și că acestea recomandă Multaq® (dronedaronă) pentru menținerea ritmului sinusal ca primă linie de tratament pentru toți pacienții cu FA paroxistică sau persistentă (clasa de recomandare I, nivel de evidență A), cu excepția pacienților cu insuficiență cardiacă de clasă NYHA III/IV sau a celor cu insuficiență cardiacă instabilă de clasă NYHA II (clasa de recomandare III, nivel de evidență B).

Multaq a primit o recomandare de clasă I, atribuită în cadrul ghidurilor terapeutice atunci când „există dovezi și/sau un consens general potrivit căroro o anumită procedură/terapie este benefică, utilă și eficientă”. Task Force-ul pentru Managementul Fibrilației Atriale din cadrul ESC a recunoscut amploarea programului de dezvoltare clinică a Multaq, motiv pentru care a acordat cea mai înaltă clasă „A” pentru nivelul evidențelor. Mai mult, ghidurile precizează că Multaq poate fi utilizat și pentru controlul frecvenței cardiace la pacienții cu FA non-permanentă, cu excepția pacienților cu insuficiență cardiacă de clasă NYHA III/IV sau a celor cu insuficiență cardiacă instabilă (clasa de recomandare IIa, nivel de evidență B).

Un aspect important constă în faptul că noile ghiduri subliniază, pentru prima dată, importanța reducerii spitalizărilor ca obiectiv terapeutic major în managementul fibrilației atriale. Ghidurile precizează de asemenea că Multaq trebuie avut în vedere pentru reducerea spitalizărilor de cauză cardiovasculară la pacienții cu FA non-permanentă și factori de risc cardiovascular (clasa de recomandare IIa, nivel de evidență B), precum și la pacienții cu FA și insuficiență cardiacă stabilă (clasa NYHA I, II) (clasa de recomandare IIa, nivel de evidență C). Comisia Europeană a acordat autorizația de punere pe piață pentru Multaq în noiembrie 2009. Multaq este indicat în Uniunea Europeană la pacienții adulți, stabili clinic, cu un antecedent sau episod în curs de fibrilație atrială non-permanentă, pentru a preveni recidiva FA sau pentru a încetini frecvența ventriculară. Utilizarea Multaq este contraindicată la pacienții instabili care prezintă insuficiență cardiacă de clasă III și IV potrivit clasificării New York Heart Association (NYHA). Utilizarea Multaq nu este recomandată la pacienții stabili care au prezentat o insuficiență cardiacă recentă (1 la 3 luni) de clasă NYHA III sau a căror fracție de ejeție ventriculară stânga (FEVS) este mai mică de 35%, ținând seama de experiența limitată la acești pacienți.

**Sursa: [postamedicala.ro](http://postamedicala.ro)**

## STERILITATEA FEMININĂ

Alina BUNDIC, anul ID, AMG

Este incapacitatea de a avea copii prin naștere, din cauza unor multitudini de cauze: infecțioase, morfologice, endocrine și traume psihice. Printre factorii infecțioși un rol esențial îl are prezența bacteriei *Chlamydia trachomatis*, foarte contagioasă și transmisibilă pe cale sexuală, care provoacă boala numită *clamidia*, prezentă atât la femei cât și la bărbați. Un studiu efectuat în Suedia pe 244 de cupluri infertile a confirmat prezența acestei bacterii la majoritatea cuplurilor luate în observație. Femeile infectate prezintă inflamații ale colului uterin și ale trompelor, dureri abdominale și pelviene, febră, scurgeri albicioase și sângerări în afara fluxului menstrual.

Alte infecții grave care duc la sterilitate sunt provocate de unele boli venerice cum ar fi gonoreea produsă de bacteria *Neisseria gonoreea* și sifilisul declanșat de prezența unui agent patogen foarte periculos (*Treponema pallidum*). În unele cazuri, sterilitatea mai poate fi provocată de vaginite, cervicite, endometrite, uter fibromatos, uter malformat și stenoze tubare care provoacă disfuncții ovariene.

### Tratamentele fitoterapeutice

Se pot face cu un mare număr de plante medicinale care au dovedit o bună eficacitate: **năprasnic, poroinic** (*Orchis*), **cătușnica, crețișoara, angelica, ventrilica, salvie, coada cocoșului, închegătoare, lemn dulce, piperul broaștei, tuia, priboi, năsturel, negrilica**.

Dăm câteva rețete experimentate și aplicate cu succes:

- **Infuzie de salvie** (20 g frunze și flori uscate și mărunțite la 1 litru apă clocotită); se infuzează 10 minute, se strecoară și se beau 2-3 căni pe zi;

- **Infuzie de ventrilica** (*Veronica*) din 3 linguri la 500 ml apă clocotită; se infuzează 5 minute, se strecoară și se beau 3 ceaiuri calde pe zi;

- **Decoct de poroinic** (*Orchis*) din herba cu tuberculi, care se fierbe 20-30 minute în 500 ml apă, se infuzează 10 minute, se strecoară și se beau două ceaiuri pe zi prin înghițituri rare;

- **Suc** din herba proaspăta de **năprasnic** (*Geranium*) recoltată la începutul înfloririi; suc se diluează cu apa sau cu lapte și se bea prin înghițituri rare;

- **Suc de salvie**, preparat din două părți suc și o parte lapte sau apa; se face o cură de durată pentru stimularea fertilității.

### Regimul alimentar

Se bazează pe o nutriție echilibrată cu multe fructe și legume precum și fulgi de ovăz (5 linguri la 1 litru lapte), grâu germinat, praz, bulion de legume (o zi pe săptămână). O atenție deosebită va fi acordată consumului de fulgi de ovăz, luați sub formă de decoct sau tinctură (10 g în 100 ml alcool 40% macerat 7-8 zile) cu efecte deosebite datorită conținutului ridicat în săruri minerale (potasiu, calciu, iod, magneziu, fosfor, fier), glucide, lecitine, acizi nucleici, enzime, vitamine (B, D, PP) și un hormon asemănător foliculinei.

Încă din Antichitate se recomanda o băutură pe bază de miere de albine și hamei, bogată în vitamina E, aminoacizi și estrogeni (hormoni implicați în sterilitatea feminină).

Femeile care doresc să nască un băiat vor consuma cantități mai mari de cartofi, castane comestibile și anghinare.

### Regimul de viață

În aceste situații se impune o igienă foarte riguroasă a organelor genitale externe și tratamente corecte pentru combaterea factorilor infecțioși care pot cauza sterilitatea. Pentru a reduce riscul contaminării cu *Chlamydia*, *Neisseria* sau alți agenți patogeni se impune o fidelitate conjugală strictă, evitând astfel preluarea, de la persoane terțe, a unor germeni transmisibili pe cale sexuală.

În afară de tratamentul cu plante care au proprietăți antiseptice, se va face un tratament cu antibiotice, timp de 20-25 de zile, în fazele incipiente ale infectării. Sunt indicate și bai reci de șezut (5-10 secunde), exceptând femeile bolnave de salpingita și endometrita

## SCOPUL ȘI IMPORTANȚA SPAȚIILOR VERZI

Adriana CĂPRARU, Doina VIERU  
anul I B, AMF

Spațiile verzi reprezintă teritorii amenajate, având fondul dominant constituit din vegetație, căreia i se asociază dotări cu caracter utilitar, de recreare sau cultural, îndeplinind funcțiile sanitare, recreative și decorative.

După destinație spațiile verzi pot fi:

- *cu acces nelimitat*: parcurile, plantațiile de-a lungul căilor de comunicație (circulație), păduri de recreare, grădini zoologice;

- *cu acces limitat* aparținând unităților economice, culturale și de învățământ în incinta cărora sunt amenajate;

- *cu destinație specială*: antiincendiară, de protecție a apelor și căilor de circulație, pepiniere, stațiuni experimentale.

Spațiile verzi, ca suprafețe de teren, ocupate cu vegetație lemnoasă (arborescentă, arbustivă), floricolă și erbacee, se întâlnesc în perimetrul constructibil sau în afara acestuia.

Scopul spațiilor verzi este să amelioreze mediul înconjurător, să armonizeze peisajele artificiale cu cele naturale prin interpunerea vegetației, în vederea realizării ambianței favorabile desfășurării multiplelor activități sociale.

Importanța spațiilor verzi este multiplă. Vegetația contribuie la reducerea poluanților din

natură, influențează pozitiv starea de sănătate fizică și psihică a oamenilor, creează cadrul adecvat practicării sportului, turismului și alte îndeletniciri recreative și, deosebit de important „înfrumusețează” peisajul.

Încă din antichitate, populațiile umane au trăit și s-au dezvoltat strâns integrate în mediul natural, în care pădurile jucau un rol principal. În procesul său evolutiv, populația umană, din componentă subordonată legilor interne ale ecosistemelor naturale, a devenit factor dominant, capabil să influențeze tot mai mult mediul natural. Urmare evoluției, uriașe suprafețe de pădure au fost înlocuite treptat, prin defrișări, incendii, exploatari, secui și alte acțiuni, cu vaste terenuri destinate agriculturii, pășunatului, instalațiilor industriale și de transport, construcțiilor etc.

Ca urmare, înlocuirea pădurilor cu alte folosințe a generat tot mai accentuate modificări ale climei: oscilații ale regimului de temperatură, de precipitații și vânt, soldate cu secete sau inundații catastrofale, cu extinderea deșertificării și eroziunii solului, a alunecărilor de teren și altele.

Preocuparea omului pentru crearea și întreținerea unei grădini este veche, trecând de la inițiala formă strict utilitară, până la aspectul agreabil și decorativ (fig.).

Odată cu creșterea numerică a populației, cu dezvoltarea construcțiilor de locuințe, a unităților economice, a transporturilor, nevoia de recreare în mediul natural a devenit din ce în ce mai mare. La sfârșit de săptămână tot mai mulți orașeni caută să evadeze temporar în mijlocul naturii, mai ales în pădurile care le pot oferi acea ambianță de frumusețe, liniște, odihnă, reconfortare și deconectare de care omul citadin are atâta nevoie. Este o chemare instinctivă a organismului aflat sub influența mediului urban, mai mult sau mai puțin poluat fizic, chimic, sonic, psihic și social, o chemare spre frumusețea și sănătatea peisajului pădurilor și al zonelor din apropiere, spre aerul curat, bogat în oxigen și în miremele florilor plantelor și pământului, o chemare spre ciripitul păsărilor, zumzetul insectelor, spre mișcare în aer curat, spre liniște, deconectare, relaxare și spre o veritabilă terapie naturală.



Și în jurul Craiovei există o serie de păduri și minunate peisaje silvestre la care se poate ajunge repede și unde se găsesc suficiente condiții de recreare. Putem enumera trupurile forestiere: Bucovăț, Leamna, Cârligei, Breasta, Podari, zonele de agrement Făcăi–Preajba, Hanul Doctorului, Lunca Jiului, Valea Amaradiei etc. (fig.).

*Vegetația* (lemnoasă sau ierboasă) influențează direct sau indirect sănătatea oamenilor.

Puritatea aerului, amplitudinile mai mici diurne sau anotimpuale ale valorilor de temperatură, umbra generată de un arbore au o acțiune directă fizico-sanitară asupra organismului, în timp ce, armonia liniilor, a culorilor, gruparea artistică a arborilor, arbuștilor și a florei incită privirea, creând o dispoziție sufletească favorabilă care, la rândul ei influențează pozitiv starea generală a organismului.

Masivele forestiere, perdelele de protecție, fâșiile plantate de-a lungul străzilor contribuie la reducerea valorilor de temperatură în zilele călduroase de vară; în astfel de condiții, pulsul se rărește cu până la 8-10 bătăi pe minut, temperatura pielii scade și, datorită faptului că la suprafața frunzelor și a tulpinilor se înregistrează mai puține grade, omul nu mai captează căldură suplimentară ci, dimpotrivă, el însuși o elimină prin radiație.

De aceea, sub un grup de arbori, omul are senzația de răcorire.

În teren deschis, insolația, producând încălzirea peste măsură a corpului, împiedică cedarea normală a căldurii din organism, creându-se starea neplăcută de moleșire, de sufocare, care dispare odată cu scăderea temperaturii. Arborii și arbuștii micșorează viteza de deplasare a aerului și constituie o protecție împotriva vântului care, uneori, are o acțiune deosebit de dăunătoare asupra sănătății.

Diminuarea vitezei vântului favorizează starea de calm a celor care se odihnesc, moderează mișcarea oamenilor aflați în mers și înlesnește depunerea particulelor solide, contribuind astfel la curățirea atmosferei.

Izbucnirile puternice ale vântului sunt deosebit de periculoase pentru cardiaci și nevrotici; de asemenea, ele pot favoriza răceala, mai ales când omul este încălzit ca urmare a unui efort fizic.

Prin consumarea bioxidului de carbon și producerea oxigenului vegetația contribuie la îmbunătățirea compoziției aerului, asigurând menținerea vieții.

Ozonul cu care se îmbogățește aerul prin oxidarea substanțelor organice din litieră acționează arderile din organism; el fortifică, creează un spor de vitalitate, bună dispoziție; activează ca un narcotic ușor, micșorând iritabilitatea și este un puternic dezodorizant.

Pentru municipiul Craiova, se recomandă ca suprafața de spațiu verde pentru un locuitor, să fie între 17-26 m<sup>2</sup>, adăugându-se și pădurile de recreare limitrofe orașului.

Funcția sanitară a spațiilor verzi se manifestă prin reducerea gradului de poluare atmosferică, proces dinamic în care poluanții suferă în mod continuu modificări, datorită reacțiilor chimice dintre ei, cât și dintre poluant și mediul înconjurător, inclusiv vegetația.

Pentru reducerea poluării, omul a căutat și a găsit oglinzile de apă și vegetația socotite „suprafețe purificatoare”, care înlesnesc fenomenele naturale de auto-apărare prin: sedimentare, interreacții chimice, dezintegrarea fermentativă, concurența microbială etc.

Masivele verzi constituie rezervoare imense de aer curat, care asigură schimburile necesare cu aerul poluat din zonele locuite, sunt „plămâni orașelor și ai Terrei”. Totodată, pădurile, perdelele de protecție, livezile au rol activ în reducerea zgomotului provocat de circulația neîntreruptă pe marile artere (șosele, bulevarde, căi ferate).

Acționând asupra psihicului, spațiile verzi pot stimula emoțiile stenică (bucurie, voiciune), care tonifică și fortifică activitatea organismului, ori, dimpotrivă, reduc sau îndepărtează pe cele astenică (îngrijorare, tristețe, supărare, depresie), care slăbesc și dezorganizează buna desfășurare a unor procese fiziologice.

Astfel, forma columnară a coroanei arborilor și arbuștilor stimulează, dinamizează mai mult în funcție de dispunerea ramurilor principale (în sus-maxim, în jos-inhibitoare).

Forma sferică menține o stare psihică normală; cea umbrelară constituie un factor calmant, iar cea pendantă o stare de pasivitate, tristețe.

Și gradul de luminozitate ca și nuanțele și culorile diferite ale spațiilor verzi influențează diferit sistemul nervos. Culorile calde încântă privirea, sunt active. Cele reci sunt pasive.

În general, tonalitățile pastelate, luminoase provoacă buna dispoziție, iar tentele închise la culoare deprimă, inhibă psihicul.

## APA „ALIMENT” SAU „OTRAVĂ”

GÎJIU ANDREEA, SIMIONESCU LUCICA  
I C AMF

Apa este un element vital, indispensabil pentru om, plante și animale.

Apa este necesară pentru fiecare funcție a corpului omenesc și trebuie consumată zilnic pentru a fi sănătos. Conținutul de apă din corp este de peste 70%: sângele – 85%, mușchii – 75%, creierul – 83%, plămânii – 86%, oase 20%, rinichii – 83% și ochii – 95%.

Din păcate, există semnale de alarmă din ce în ce mai dese referitoare la calitatea apei și la efectele nocive pe care le poate avea poluarea apei asupra sănătății omului. Omul asistă incapabil în fața anumitor fenomene de impurificare.

Poluarea se produce atunci când, în urma introducerii unor substanțe determinate – solide, lichide, gazoase, radioactive – apele suferă modificări fizice, chimice sau biologice, susceptibile de a le face improprie sau periculoase pentru sănătatea publică și pentru viața acvatică. În atmosferă există tone de impurități pe care ploaia le antrenează și le aduce pe pământ, iar anii de dezvoltare tehnică a industriei și agriculturii au intensificat poluarea surselor de apă.

Apele de suprafață (râuri, lacuri) primesc o mare cantitate de ape reziduale care conțin poluanți biologici și chimici (organici și anorganici). Acestea ajung și în solul din jurul lacurilor sau de-a lungul râurilor influențând mediul din zonă. Apele subterane, se purifică doar parțial de poluanți prin sol, iar

filtrarea industrială reține doar o parte din compușii nocivi pentru organism. Nici fierberea apei nu reprezintă un mijloc de a elimina poluanții, pentru că nu se elimină decât o mică parte din poluanți. Prin clorinare apa este dezinfectată, însă unii poluanți rămân, iar clorul dăunează sănătății, afectând în special copiii. De asemenea, în apa potabilă pot ajunge poluanți și din conducte dacă acestea sunt din plumb, din clorură de vinil sau alte materiale cu proprietăți cancerigene.

Poluarea biologică a apei are drept consecințe transmiterea hidrică a unui număr mare de boli infecțioase, de cele mai multe ori cu caracter epidemic.

Apa de băut poate vehicula diverse microorganisme, cum sunt: bacterii patogene și viruși sau alte organisme (protozoare sau paraziți) care prezintă un risc deosebit pentru sănătatea omului.

Există mai multe surse de poluare a apelor:

**1. Agricultura intensivă** – duce la poluarea rezervelor de ape subterane din regiunile respective cu nitrați și pesticide, insecticide, fungicide, substanțe extrem de periculoase pentru sănătate.

**2. Industria chimică** – poluează apa cu substanțe chimice periculoase, cu capacitatea de a se acumula în sistemele biologice și în lanțul alimentar (bioacumulare) și nu pot fi descompuse în mediul înconjurător (sunt persistente). Apele reziduale



industriale provin de la diferite întreprinderi industriale ca urmare a folosirii apei în scopuri tehnologice sau la salubritate și/sau răcire. Ele pot fi bogate în microorganisme (industria alimentară), dar cel mai adesea au un conținut crescut în substanțe chimice potențial toxice.

**3. Depozitele de gunoaie**-diferiți poluanți se scurg în rezervoarele de ape subterane: acizi, poluanți organici, metale grele, etc. Incinerarea gunoaielor municipale periculoase și a deșeurilor medicale contribuie la degradarea sănătății și a calității mediului. Practic incinerarea face o redistribuire a substanțelor toxice în aer, apă și pe pământ.

**4. Sistemul de distribuție a apei potabile prin țevile deteriorate**

**5. Duritatea apei**-în ciclul natural al apei, substanțele minerale sunt spălate de apa de ploaie, în special substanțe cum ar fi oxidul de calciu (varul), ghipsul și sulfatul de magneziu. În funcție de componentele solului și de cantitatea de apă din ploi, acestea se regăsesc în cantități variabile în apă. O cantitate mare de minerale prezente în apă indică un nivel mare a durității apei, prin urmare apa minerală este o apă dură ce nu poate fi considerată ca apă bună de băut.



**6. Utilizările casnice** - fac să ajungă în apa subterană prin intermediul exfiltrărilor din tancuri septice sau canalizării neetanșe apele uzate fecaloid-menajere.

**7. Apele reziduale menajere** - rezultă din utilizarea apei în locuințe, instituții publice, băi, spălătorii, spitale, școli, hoteluri, unități comerciale și de alimentație publică etc. Principala lor caracteristică constă în încărcarea lor microbiană. Unele ape reziduale, comunale mai ales, în ultimul timp, sunt încărcate și cu substanțe chimice utilizate în gospodărie (detergenți).

Impactul consumului de apă poluată asupra organismului uman are efecte complexe și de lungă durată. În condițiile poluării mediului, al consumului apei din surse necontrolate, sau pierderii calității de potabilitate, apa poate constitui un important factor de îmbolnăvire, o „otrăvă”, care se poate manifesta prin:

#### 1. boli infecțioase:

- a) bolile bacteriene
- b) bolile virotice:
- c) boli parazitare:

#### 2. boli neinfecțioase:

- intoxicația cu nitrați (efect methemoglobinizant).
- intoxicația cu plumb (saturnism hidric).
- intoxicația cu mercur ce are ca semne și simptome: dureri de cap, amețeli, insomnie, anemie, tulburări de memorie și vizuale.
- intoxicația cu cadmiu afectează ficatul (enzimele metabolice), duce la scăderea eritropoiezei și la anemie, scăderea calcemiei, etc.
- intoxicația cu arsen (ce se acumulează ca și mercurul în păr și unghii) duce la tulburări metabolice și digestive, cefalee, amețeli.
- intoxicația cu fluor are forme dentare, osoase și renale.
- intoxicația cu pesticide are efecte hepatotoxice, neurotoxice, de reproducere.

Astfel, fiecare mare poluator trebuie să aibă o atitudine prietenoasă față de mediul înconjurător și mai ales pentru apele naturale care sunt o „hrană vie” pentru noi și generațiile următoare.



## IODUL

**DORU ANA-MARIA, IC AMF  
POPAALIN BOGDAN, IC AMF**

Este un oligo-element cheie pentru funcționarea glandei tiroide. Este foarte important, căci aportul insuficient este responsabil de nenumărate boli, precum cretinismul, iar un aport excesiv implică riscuri de hamoragie și gușă. În România gușa este încă o problemă de sănătate importantă, mai ales în zonele muntoase și subcarpatice (datorită sărăciei în iod a solului). Specialiștii au observat că deficitul de iod apare mai frecvent în cazul femeilor decât al bărbaților și tinde să fie mai important la femeile însărcinate sau cele care alăptează. Iodul suficient se pare că se corelează cu un efect protector împotriva dezvoltării unei forme particulare de cretinism (boală caracterizată prin retard mintal sever). Deosebit de sensibili la deficitul de iod sunt copiii de vârstă școlară, carența respectivă afectându-i și pe copiii născuți din mame subiodate în perioada de sarcină.

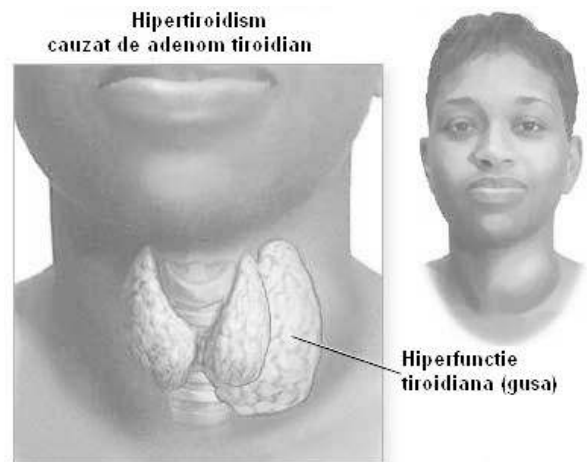
Deficitul de iod apare în zonele cu soluri sărace în acest mineral sau la populațiile care nu consumă sare iodată (deloc sau în cantități minime ce nu fac față necesarului). Datorită carenței de iod au loc modificări la nivelul tiroidei, care își intensifică activitatea în scopul compensării deficitului de hormoni. Deoarece organismul suferă în mod real de o carență cronică de iod, glanda lucrează în gol, se va hipertrofia (își mărește dimensiunile) și va predomina în loja tiroidiană, devenind vizibilă. Astfel apare gușa endemică. Gușa reprezintă, deci, o mărire anatomică a glandei, însoțită de o hipofuncție. Pentru a preveni apariția gușei endemice, medicii recomandă un consum suficient de sare iodată sau alte produse bogate în iod. Un aport de 60-70 micrograme de iod zilnic este considerat a fi suficient.



Cea mai importantă sursă de iod este sarea iodată (reprezintă, de fapt, sare de masă suplimentată cu iod). Alte produse bogate în iod sunt: fructele de mare și alte produse marine (pește cod, biban, egrafin, creveți, alge marine) și produsele vegetale cultivate pe soluri bogate în iod. Cantități suficiente sunt și în produsele lactate și ouă, mai ales dacă animalele sunt hrănite cu furaje bogate în iod.

*Adenomul funcțional (nodul fierbinte) și Gușa toxică multinodulară*

Nodulii tiroidieni sunt de obicei umflături sau tumori benigne (necanceroase). Acești noduli produc uneori hormoni tiroidieni în exces. Această boală se numește gușa toxică multinodulară. O scanare cu iod a unei tiroide normale prezintă glanda în formă de fluture.



Scanarea indică probleme atunci când apar noduli. Aceștia sunt formați din celule ale glandei tiroide ce și-au pierdut mecanismul de reglare care dictează cantitatea de hormoni ce trebuie secretată. Atunci când mecanismul de control al producerii hormonilor tiroidei se dereglează celulele din nodul produc hormoni tiroidieni în exces, determinând simptomele hipertiroidiei.

*Ce este hipertiroidia?*

Aproape toate simptomele de hipertiroidie au aspecte inverse decât în hipotiroidie, datorită secreției crescute de hormoni tiroidieni. Boala poate



fi suspectată după câteva semne principale: gușă, ochi bulbucați, accelerarea bătăilor cardiace, a respirației, tulburări digestive. Suferința sistemului nervos se manifestă prin tremurături ale picioarelor, mâinilor, capului sau chiar a întregului corp. Bolnavul

este permanent obosit, nu poate munci, transpiră mult, are mâinile calde și umede și prezintă tulburări de comportament. În stadiul avansat al bolii, slăbește puternic, este deshidratat, oasele devin fragile din cauze pierderii calciului, ceea ce predispune la fracturi. Analiza sângelui arată o creștere dublă a iodului legat de proteine față de valorile normale.

#### *Hipertiroidia accelerează totul!*

Metabolismul bazal, producerea de căldură, ritmul cardiac, arderea grăsimilor și multe altele: toate se accelerează atunci când hormonii tiroidieni sunt produși în cantitate mare. La originea hipertiroidiei se află un nodul, o inflamație, chiar boala Basedow. Însă oricare ar fi originea hipertiroidiei, această activare excesivă nu este benefică și organismul trebuie supus unei examinări de specialitate riguroase.

## FARMACIILE ONLINE DIN MAREA BRITANIE SUNT LEGALE

Farmaciile on-line în Marea Britanie sunt legale. Mai mult decât atât, ele sunt și controlate de către Societatea Regală Farmaceutică.

„Pe site-ul fiecărei farmacii on-line există un logo cu un număr de serie care poate fi verificat la Societatea Regală de Farmacii. Este un mecanism pe care țările participante la eveniment l-ar putea implementa”, a precizat **Steve Allen**, Director Pfizer Global Security, cu ocazia participării sale la **Conferința Regională Anti-Contrafacere** organizată în București.

În rețelele de distribuție autorizate, inclusiv în farmaciile a 45 de state de pe glob, pot fi găsite medicamente false.

„Nu am găsit încă în farmaciile românești medicamente contrafăcute“, a ținut să precizeze Steve Allen.

Dar specialistul a atras atenția farmaciștilor să fie vigilenți.

„Le cerem farmacovigilență și mare atenție la originale înainte de a le vinde“, a spus Allen.

**Gabriel Turcu**, avocat și reprezentant al REACT România recunoaște că în România “un astfel de incident într-o farmacie este foarte mic”.



## DOSARUL ELECTRONIC DE SĂNĂTATE

Daniel VIZITIU, Claudia STOICA  
anul IB, AMG

Un sistem de gestiune de date de sănătate reprezintă un sistem pentru înregistrarea, regăsirea și manipularea informațiilor în dosarul electronic de sănătate. Din punct de vedere informatic, un *dosar electronic de sănătate* nu este un document tradițional, nici un set de înregistrări dintr-un sistem tradițional de baze de date. Un dosar de sănătate poate conține orice tip de informații: text liber, text structurat, informații codificate, imagini, sunet, grafice etc.

Dosarul de sănătate se deosebește de sistemele de baze de date obișnuite prin utilizarea largă a textului liber și imaginilor, flexibilitatea cerută de comunitatea medicală și independentă dintre diferite elemente informaționale din dosarul de sănătate. Un dosar electronic de sănătate poate fi privit ca aparținând unui sistem de gestiune date de sănătate. Sistemul poate conține reguli privind conținutul, reprezentarea, organizarea, drepturile de acces etc. Într-un sistem bazat pe hârtie, părți ale acestora vor fi definite implicit, pe baza tradiției și volumului în dezvoltare a cunoștințelor medicale ale profesioniștilor în domeniul sănătății. Într-un sistem bazat pe calculator, acestea vor trebui definite explicit.

Astfel de definiții sunt privite ca parte a specificării sistemului și nu ca parte a dosarului de sănătate.

### Înregistrarea și utilizarea informațiilor dosarelor de sănătate

*Un dosar de sănătate* este o relatare de informații sau fapte, înregistrate în scris, sub forma de imagini sau în format electronic, ca un mijloc de păstrare a cunoștințelor. Această definiție rezuma și conține probabil esența și scopul dosarului de sănătate. El este o relatare de informații înregistrate în scopul păstrării cunoștințelor:

- **relatare:** ceea ce este păstrat în înregistrări nu sunt faptele, ci o relatare a faptelor; rolul persoanei (sistem, proces) ce înregistrează informațiile este recunoscut ca un element esențial al oricărei înregistrări;

- **de informații:** date împreună cu modul în care acestea sunt structurate;

- **înregistrate:** culese, păstrate, stocate într-un fel;

- **ca un mijloc de păstrare a cunoștințelor:** aceasta precizează scopul dosarului.

În lumea reală, dosarele de sănătate constau, în principal, din înregistrarea relatărilor privind istoricul sănătății pacientului. Asemenea relatări se fac și se stochează pentru fiecare pacient în orice situație în care se asigură îngrijire medicală.

*Scopul* unui dosar de sănătate este de a păstra informațiile pe care le conține. Adesea scopul este confundat cu acela al informațiilor însele. Informațiile din dosarul de

sănătate pot fi utilizate pentru dirijarea îngrijirii pacientului, pentru cercetare și statistică, pentru învățare, în scopuri financiare etc.

*Operațiile* care se fac asupra dosarului de sănătate pot fi:

- introdus și memorat;
- căutat, accesat și copiat;
- editat și șters.

*Cerințele pentru un dosar de sănătate* pot fi rezumate astfel: să fie o înregistrare fidelă a relatărilor persoanei ce asigură îngrijirea medicală.

*Cerințele pentru un bun dosar electronic de sănătate* vor fi: toate informațiile să fie stocate în format electronic procesabil de către calculator. Astfel, toate funcțiile care trebuie să fie îndeplinite utilizând informațiile conținute în dosarul de sănătate pot fi asigurate, desigur, automat. Dosarul de sănătate păstrează cu fidelitate informațiile înregistrate în el și include informațiile contextuale necesare pentru a răspunde cerințelor etice și legale ale profesioniștilor, precum și ale autorităților. Informațiile din dosarul de sănătate vor fi disponibile pentru persoanele și autoritățile care au acces legal la ele. În prezent, fiecare subiect al îngrijirii sănătății poate avea câteva dosare de sănătate, în diferite unități sanitare: spitale, medicul de familie, dosare de îngrijire, cabinete stomatologice, partajând unele informații sau conținând informații unice.



În viitor, toate dosarele de sănătate pot fi legate împreună, făcând toate aceste informații disponibile pentru oricine are acces legal. Totuși, chiar într-un astfel de scenariu, diferite echipe medicale pot dori să aibă controlul complet asupra unor informații (posibil copii redundante) și să le organizeze într-un mod optim, în funcție de rolul pe care îl joacă în dobândirea sănătății.

Dosarul electronic de sănătate introduce noi posibilități, dar și noi probleme. Una dintre acestea este cea legată de respectarea principiilor etico-legale. Din punct de vedere tehnic, datele relative la pacient pot acum să fie disponibile oricui. Este esențial ca principiile etico-legale să fie respectate într-un mod cel puțin la fel de satisfăcător cum este în actualul sistem bazat pe hârtie.

Altă problemă este cea legată de păstrarea înțeleșului. Este esențial ca atunci când se extrag și se comunica părți ale unui dosar de sănătate, să se comunice o parte suficientă din context, pentru a exista siguranța ca informația primită va fi interpretată așa cum a intenționat emitentul.

### Introducerea datelor în dosarele de sanatate

Operația esențială efectuată asupra dosarului de sănătate este „*introducerea datelor*”; dosarele de sănătate sunt constituite prin adăugarea unor noi date la locul adecvat, în dosarul pacientului respectiv. Modul în care sunt grupate aceste intrări constituie structura originală a dosarului de sănătate și poate fi necesară în întregime pentru a interpreta fiecare intrare. Dosarele de sănătate pot fi astfel definite ca fiind suma datelor care au fost introduce și pot fi structurate inițial în timpul procesului de introducere”.

Fiecare intrare își deriva înțeleșul din propria definiție și valoare, precum și din dosarul de sănătate și contextul general.

### Contextul dosarului de sănătate pentru intrări

Într-un dosar de sănătate o persoană scrie intrările într-un „*loc anume*”. În cele pe hârtie, de exemplu, „se introduc” datele într-un formular particular sau pe o foaie de hârtie cu o machetă specifică și acestea sunt inserate într-un loc anume în dosarul pacientului. În sistemele bazate pe calculator datele se introduc pe un anumit ecran care indică locul lor în cadrul structurii dosarului de sănătate și care grupează din nou diferite date dintr-o structură dată. Acest „loc anume” creează o structură (*structura originală*), care se adaugă la înțeleșul intrărilor. O cerință importantă este aceea că structura originală și înțeleșul fiecărui dosar rămân înregistrate fidel în dosarul de sănătate electronic.

### Operații secundare: vizualizări și mesaje

Într-un dosar de sănătate se vor executa ocazional operații suplimentare asupra datelor ca:

- legarea lor (legături problemă, legături episod);
- sublinieri și adăugări de imagini colorate (lucruri ce nu trebuie uitate);
- rezumarea datelor.

Cu toate că nu se adaugă noi date, se *adaugă* noi informații în dosare, creând noi relații (ierarhii, legături) la date. Datele pot fi apoi văzute potrivit structurii inițiale sau potrivit altor structuri (structuri virtuale) emanând din aceste legături noi (explicite) sau din legături existente (implicite).

Sistemele de gestiune de date de sănătate vor oferi uzual, mai multe facilități pentru a produce astfel de structuri de prezentare a datelor.

O altă operație este *copierea* datelor din dosarul de sănătate în mesaje (extrase și rezumate ale fișei medicale, rețete). Un bun sistem de gestiune de date de sănătate va oferi funcții ce pot realiza această integrare, într-un mod automat. Ambele funcții (vizualizări și mesaje) se bazează pe operații de selecție și de acces. De aceea, pentru dosarul electronic de sănătate, singura facilitate esențială este aceea de a asigura accesibilitatea la date în vederea realizării acestor operații. Astfel, trebuie să fie înregistrate în dosarele de sănătate acele atribute de

date care sunt cerute pentru crearea de vizualizări specifice, precum și structura originală a dosarului de sănătate.

### **Obiectivele specifice și arhitecturale ale dosarului electronic de sănătate**

Principalul obiectiv al unui standard în domeniul dosarelor electronice de sănătate este de a permite informației de orice fel să fie recunoscută atunci când este utilizată în altă parte și să fie transferabilă între unități medicale, pentru a facilita îmbunătățirea calității și îngrijirii sănătății la nivel european.

*Obiectivele principale* ale unei arhitecturi standard sunt:

- de a contribui la o mai bună îngrijire a pacientului printr-o mai bună disponibilitate a tuturor informațiilor medicale relevante;
- de a contribui la o utilizare mai bună a resurselor în domeniul sănătății.

*Obiectivele specifice* sunt:

- păstrarea fidelă a informațiilor de sănătate;
- facilitatea conformității dosarelor de sănătate cu prevederile etico-legale și alte reglementări aplicabile la acestea;
- facilitatea comunicației sigure și comprehensibile între diferite sisteme de gestiune de date de sănătate și cu alte sisteme bazate pe calculator din mediul medical, utilizate pentru alte scopuri;
- facilitatea comunicației sigure și comprehensibile între profesioniștii din domeniul sănătății care oferă îngrijire medicală;
- facilitatea schimbării sistemelor de gestiune de date de sănătate păstrând datele;
- promovarea unor sisteme deschise, bazate pe componente, ieșiri, interfețe, structuri comune și acces comun la date;
- îmbunătățirea productivității industriei tehnologiei informației și calității softwareului și lărgirea pieței software-ului pentru medicină;
- facilitatea liberei mișcări a pacienților, prin îmbunătățirea portabilității dosarelor de sănătate;
- promovarea utilizării metodelor conceptuale, terminologiilor și definițiilor comune.

Astfel, *obiectivele arhitecturale* trebuie:

- să se conformeze altor arhitecturi din cadrul sistemului sănătății;
- să promoveze dosare de sănătate potrivite scopurilor clinice într-un mediu clinic închis sau

deschis pentru sisteme de îngrijire private sau publice;

- să faciliteze conlucrarea între diferite unități sanitare în beneficiul pacientului;
- să mărească securitatea și siguranța operațiilor asupra informațiilor din dosar (atât pentru persoana respectivă, cât și pentru profesioniștii medicali);
- să permită reprezentarea diferitelor feluri de conținut, incluzând text, informație codificată, imagini, grafice și sunet;
- să permită reprezentarea informațiilor de context;
- să permită dosarelor de sănătate să opereze într-un mediu etico-legal adecvat;
- să permită ca operațiile asupra dosarului de sănătate să fie controlate de persoana respectivă, de utilizatorul dosarului sau de către o a treia parte componentă, dacă este necesar;
- să permită ca fiecare intrare, decizie, prescripție etc. să fie semnată corespunzător de fiecare persoana legal responsabilă, dacă este necesar;
- să faciliteze convergența diferitelor terminologii;
- să faciliteze funcții noi ale sistemelor de gestiune date de sănătate, adaptate la situațiile clinice, cerințele conducerii, necesitățile sistemului și tehnologiei avansate;
- să faciliteze schimbul de înregistrări în așa fel încât să nu se creeze sau să se distrugă informații în timpul schimbului și astfel încât intențiile creatorului inițial al unui dosar de sănătate, privind organizarea conținutului și contextului informațional necesar pentru a recunoaște și interpreta corect conținutul, să poată fi transferat mai eficient;
- să faciliteze urmărirea ansamblului unui dosar de sănătate și a subcomponentelor sale în timpul utilizării;
- să furnizeze un mijloc de control sigur pentru copierea uneia sau mai multor secțiuni ale dosarului de sănătate și pentru reglementarea utilizării acestora;
- să se asigure că dosarul de sănătate arhivat este un ansamblu sigur și exact al componentelor și subcomponentelor sale.

## ISTORICUL FIȘELOR MEDICALE ELECTRONICE LA MEDICUL DE FAMILIE

Mădălina PUPĂZĂ  
IA, AMG

Medicii de familie au fost pionerii informatizării sistemului medical românesc, în ceea ce privește bazele de date cu asigurați ai caselor de sănătate, ei fiind cei care au inițiat fișele medicale electronice ale pacienților și chiar și cardurile electronice în scop medical.

1 octombrie 1999: se deschid listele de pacienți ale medicilor de familie (medici care lucrează în sistem privat) cu cabinet propriu, dar în contract cu casele de asigurări. Înscrierea pacienților se realizează printr-o cerere scrisă a pacientului și o copie după buletin. La sfârșitul lunii, medicii au obligația de a raporta casei de asigurări numele, CNP, adresa și data înscrierii pentru toți pacienții înscriși pe liste, atât pe hârtie cât și pe suport electronic. În 1999, raportarea electronică se efectua cu ajutorul unui fișier .xls (Microsoft Office Excel).

Anul 2000: apar diverse soft-uri ale caselor de asigurări județene. Bazele de date folosite de casele județene sunt cele furnizate de medicii de familie în lunile anterioare. În fiecare an programele suferă diferite modificări, datorate noilor cerințe ale contractului-cadru sau ale erorilor programului, testat „în masă” pe medicii de familie-utilizatori. Odată cu schimbarea furnizorului, aplicațiile se schimbă radical. Nu a existat un program național pentru ca medicii de familie să beneficieze de cursuri de pregătire pentru utilizarea calculatorului, training sau calculatoare oferite de casa de asigurări. Obligația contractuală era de raportare electronică. Modul în care medicul de familie realiza această obligație era în exclusivitate responsabilitatea medicului. În 1999, procentul de utilizare al calculatorului de către populația țării era extrem de mic.

Anul 2008: se achiziționează 11000 de laptopuri și imprimante matriciale care sunt distribuite medicilor de familie prin contract de comodat, pentru implementarea Programului Național de Evaluare a Stării de Sănătate, ce necesită raportarea datelor medicale ale întregii populații. Programul utilizat a



fost unul complet nou, fără legătură cu bazele de date ale caselor de asigurări, astfel încât a fost nevoie ca și datele de identificare ale pacienților să fie reintroduse. Totodată începe implementarea Sistemului Informatic Unic Integrat, un program exclusiv de raportare, fără capacități de soft de cabinet. Acesta preia bazele de date ale caselor de asigurări, realizate de medicii de familie în decursul anilor precedenți, însă le confruntă cu cele ale altor 11 instituții, printre care Evidența Populației, primăriei, case de pensii, Ministerul Educației, iar rezultatul este dezastruos. Paciente căsătorite de mai mulți ani, care apar cu numele nou în baza de date a medicului de familie, apar în SIUI cu numele de fată. Pacienți pensionați, care apăreau corect în bazele de date ale medicilor de familie, apăreau în SIUI ca fiind salariați.

Datele (incorecte) furnizate de celelalte instituții au prioritate în fața datelor (corecte) furnizate de medicii de familie, astfel încât evidența electronică de ani de zile a medicilor devine inutilă, ca și cum n-ar fi fost, iar informatizarea ar fi început cu SIUI. Mai mult, deoarece plata medicilor avea legătură cu

datele electronice, veniturile scad dramatic, din cauza „unor probleme de soft”. Casele de asigurări județene, amenințate cu procese, ridică din umeri, aruncând vina pe casa națională, singura care poate face modificări ale softului. CNAS răspunde numeroaselor sesizări negând evidența și susținând că SIUI funcționează fără probleme majore. În tot acest timp, pacienții asigurați nu pot beneficia de servicii medicale, fiind considerați neasigurați, iar medicii care nu respectă evidența greșită oferită de SIUI sunt penalizați de casele județene pentru acordarea serviciilor medicale unor „neasigurați”. În plus, actualizarea SIUI cu modificările contractului cadru sau ale listelor de medicamente este extrem de lentă, generând probleme în activitatea zilnică a medicilor.

Introducerea SIUI a adus însă pe piață numeroase softuri de cabinet, care oferă posibilitatea formării fișelor medicale ale pacienților, tipărirea rețetelor și altor tipizate care sufocă activitatea medicilor, sortarea listelor de pacienți după diagnostice, consultații, vârste și multe alte facilități utile medicului. Este clară necesitatea unui astfel de

soft în cabinetul medicului de familie și s-a inițiat o licitație pentru a furniza aceste softuri medicilor. Licitația a fost oprită o dată cu schimbarea guvernului, iar mulți medici de familie au ales să-și cumpere singuri softurile de cabinet și astfel au luat naștere fișele medicale electronice în România, pe scara largă, medicii de familie acoperind toată populația țării. Ironic, unii medici au fost amendați de casa de asigurări pentru evidența incompletă, deoarece nu mai aveau și evidența pe hârtie.

Anul 2010 a adus cardul electronic medical, prin inițiativa unei firme private. Tot mai mulți pacienți au achiziționat acest card, pe care îl folosesc atât la medicul de familie, cât și în alte ramuri ale sistemului medical, unde acesta a fost implementat de firma privată.

SIUI pentru medicii de familie nu a mai fost actualizat din 12 februarie 2010, deși s-au schimbat listele de medicamente de 3 ori și s-a schimbat radical contractul-cadru, iar ministerul sănătății promite implementarea cardului de asigurat la 1 ianuarie 2011.

---

## INTERNETUL, PRINCIPALA SURSĂ DE VÂNZARE A FALSURILOR

Afacerea cu medicamente contrafăcute s-a dezvoltat foarte bine pe internet. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății mai mult de 50% dintre medicamentele vândute pe internet sunt contrafăcute.

Motivele pentru care afacerile în acest domeniu prospera sunt lesne de înțeles.

“Pastila propriu-zisă nu iese din mouse. Pe internet circulă doar informația,” susține avocatul Turcu.

Iar informația nu costă o avere. În plus, specialiștii spun că medicamentele contrafăcute sunt foarte ușor de introdus în țară, iar internetul foarte greu de controlat. Pe acest considerent farmaciile on-line se dezvoltă, devenind principalul canal de distribuție a medicamentelor false.



## ECHINACEEA – REGINA IMUNITĂȚII

**Farm. Mitea Adriana-Camelia**

Numeroase sunt maladiile care apar ca o consecință a scăderii capacității de apărare a organismului. Planta cea mai studiată pentru efectul imunostimulator este Echinaceea, originară din America latină, unde era utilizată cu 400 ani în urmă de indieni pentru tratarea răcelilor, a mușcăturilor de șarpe, în caz de eczeme ori febră. Dintre varietățile acestei specii, medical sunt folosite: *E. purpurea*, *E. palida* și *E. angustifolia*. A fost introdusă în practica medicală în SUA, prin anul 1887, fiind folosită, printre altele, pentru tratarea sifilisului.

Cercetări moderne asupra plantei încep prin anul 1930 în Germania, atunci este descoperită proprietatea sa de stimulare a imunității organismului, proprietate care stă și astăzi la baza folosirii remediilor cu echinaceea.



Unii cercetători afirmă că echinaceea are proprietăți imunomodulatoare, și nu de stimulare a imunității.

Trebuie știut că rolul ei imunomodulator este cel care limitează administrarea la 8 săptămâni. Toate studiile clinice s-au oprit la această perioadă (peste 8 săptămâni se consideră că se exprimă predominant capacitatea de activare a Ly T supresor și se blochează capacitatea de apărare a organismului). Ca măsură de prevenție luați Echinaceea de două ori pe an, primăvara și toamna, câte 8 săptămâni. Doza diferă în funcție de vârstă, pentru persoanele adulte este de 2 g zilnic, iar pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 6-13 ani este de 400 mg zilnic.

Există unele controverse cu privire la prescrierea Echinaceei la pacienții care suferă de boli autoimune. Majoritatea studiilor care s-au ocupat de cercetarea efectelor Echinaceei recomandă să nu fie folosită la persoanele cu colagenoze, scleroză multiplă, HIV/SIDA, lupus, poliartrită reumatoidă și alte afecțiuni autoimune, copiilor sub 2 ani precum și în cazul alergiilor la echinaceea.

Efectul imunomodulator se realizează prin activarea într-o primă fază a fagocitelor și Ly T helper, astfel se declanșează cu promptitudine inițierea răspunsului imun. Tot în faza de inițiere a reacției de apărare se încadrează și eliberarea sporită de interferon endogen, propriu organismului, cu importantă activitate antivirală.

Datorită unui compus, numit echinacozidă (un acid cafeic, inzestrat și el cu proprietăți antivirale, dar și antibacteriene), cercetătorii includ Echinaceea printre antibiotice (ce e drept, cu efecte mai puțin intense, dar deloc nocive).

Echinacozida este cea care trezește celulele imune ce patrulează prin organism, santinelele apărării (cel NK), dar inactivează și bacteriile. Bacteriile, în mod normal, produc



o enzimă, numită hialuronidază, de care se ajută pentru a putea pătrunde în țesuturile umane. Echinacozida inhibă activitatea acestei enzime.

Echinacea conține substanțe active (polizaharide, alchilamide, flavonoide,

uleiuri esențiale) care reduc intensitatea durerii, ameliorează inflamația, grăbesc cicatrizarea leziunilor și au puternic efect antioxidant.

Majoritatea cercetărilor au fost orientate spre demonstrarea eficienței Echinaceei în afecțiuni virale (răceală, gripă, guturai, faringite, amigdalite, afecțiuni virale bronșice, etc.). Cu cât se administrează Echinacea mai precoce, încă de la primele semne de boală, cu atât severitatea simptomelor este mai redusă și la fel și perioada de evoluție a bolii. Un studiu al Universității din Connecticut (USA) vorbește de o reducere a pericolului răcelilor de până la 60% și de o accelerare a vindecării.

Infecțiile vaginale micotice au recăderi frecvente și sunt foarte neplăcute pentru

femei. Asocierea de Echinacea la medicația antimicotică a redus procentul recidelor sub 20% (conform unui studiu german efectuat pe 203 femei cu această afecțiune).

Am lăsat la urmă, dar nu pentru că ar fi mai puțin importantă, asocierea

Echinaceei la tratamentul chimio sau radioterapeutic al bolnavilor cu neoplazii. Această situație este cercetată în mai puține studii (numeric vorbind), dar cu rezultate încurajatoare. Conform acestora, Echinacea, prin capacitatea de întărire a apărării ajută organismul în lupta cu cancerul, nu permite medicației dure, specifice acestei boli, să răpună sistemul imunitar.

Comparativ cu loturile Martor, care nu au primit asociat și Echinacea, cei din loturile așa zis Probă, tratați cu Echinacea, au reușit să ducă medicația anticanceră la final și fără deprecieri evidente ale valorilor biologice.

Sperăm că prezentarea făcută acoperă măcar o parte a interesului pentru Echinacea și o pune pe această regină a imunității într-o lumină corectă.

## MEDICAMENTE FALSE PE PRESCRIȚIE MEDICALĂ

Achiziționarea medicamentelor prin intermediul internetului este practică și de către români.

Un clasament întocmit de compania Pluriva arată că 14% din căutările on-line sunt pentru medicamente antiaritmice, antihipertensive, antivaricoase și hipolipemiantele.

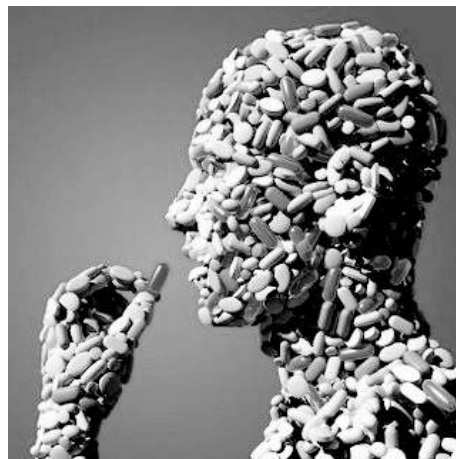
De altfel, antihipertensivele sunt printre cele mai contrafăcute medicamente, alături de tabletele pentru disfuncții sexuale.

Totuși, un alt studiu efectuat în 2005 de către REACT, a reliefat că doar 1% dintre respondenți ar cumpăra medicamente contrafăcute.

“Achiziționarea medicamentelor de pe net este o metodă foarte riscantă. Cele mai vizate pentru contrafacere sunt medicamentele eliberate pe prescripție medicală. Vânzătorii pe internet oferă medicamente contrafăcute la prețuri similare cu cele

din farmacii, așa că prețul nu poate fi un criteriu de diferențiere”, a atras atenția reprezentantul REACT, avocatul Turcu.

**Articol preluat: [PaginaFarmacistilor.ro](http://PaginaFarmacistilor.ro);  
Autor: redactor șef Alexandra Manaila**



## HIPOTENSIUNEA

Mirela Marian TUTICĂ, Elena CIOABLĂ,  
anul I D, AMG



persoane foarte slăbite și denutrite, cu stări de șoc cardiovascular, insuficiență cardiacă, infarct miocardic, tulburări de ritm cardiac, stenoză mitrală și aortică, tumori cerebrale, insuficiență a glandelor suprarenale, stări de denutriție și intoxicații tabagice care necesită tratamente speciale. În unele cazuri, boala apare după dereglarea mecanismelor nervoase și endocrine, care au rolul de a

Hipotensiunea este o afecțiune malativă inversă hipertensiunii și se manifestă prin scăderea permanentă a valorii tensiunii minime admise, și anume 10 cm Hg tensiune sistolică (maxima) și 6 cm Hg tensiune diastolică (minima). La persoanele cu vârsta peste 60 de ani, pragul hipotensiunii este considerat la valori sub 12 cm (maxima) și 7 cm (minima).

Când valoarea maximă variază între 9-11 cm Hg, starea de hipotensiune este suportată ușor, nu influențează speranța de viață și nu necesită nici un tratament special, dar afectează oarecum calitatea vieții, mai ales dacă se asociază cu oboseală și cu rezistență scăzută la efort. Poate fi agravată de surmenajul fizic și, mai ales, intelectual, stări emotive, infecții acute sau ulcer gastro-duodenal. Frecvența bolii este, în medie, de 5% la adulți, femeile fiind mult mai expuse la riscul acestei îmbolnăviri.

Există cazuri când tensiunea scade brusc cu 3-4 cm Hg sub valorile obișnuite, mai ales la

menține normalitatea regimului de circulație sanguină.

Hipotensiunea este frecventă la fumătorii și alcoolicii subponderali, precum și la tinerii foarte slabi și înalți, cu greutatea corporală sub limitele normale. Boala se corelează și cu crizele de arteroscleroză.

Simptomele de manifestare constau în puls slab, palpitații, transpirații excesive, tulburări de vedere cu steluțe în fața ochilor, zgomote în urechi, răcirea membrelor, stări depresive, căscat, paloarea feței, frecvente dureri de cap, oboseală permanentă, agitație, astenie, insomnii, amețeli la ridicarea din pat și pierderea cunoștinței cu leșin (lipotimie). În unele cazuri particulare intervine pierderea potenței sexuale.

Pentru menținerea bolii sub control sunt eficiente infuziile sau tincturile din câteva plante medicinale ca: rozmarin, vâsc, salvie, mentă, lemn dulce, ciuboțica cucului, roiniță, armurariu, țințaură, rușcuță de primăvară, coajă de salcie și mătase de porumb.

# Cuprins

Laurențiu DINU TRATAMENTE NATURISTE PENTRU BOLILE INIMII .....	3
Mariana MICU, Mihai BEȘTELIU MIGRENA DE LA SIMPLU LA COMPLEX .....	4
Gabriela ȚĂCĂLĂU NOUTĂȚI ȘTIINȚIFICE .....	5
Gerda Margine PARTICULARITĂȚI TERAPEUTICE LA VÂRSTNICI .....	7
Ileana Hermina GÎLCĂ, STANCIU ASTENIILE DE PRIMĂVARĂ .....	10
ALIN GABRIEL IONESCU, MARIAALINA ODINĂ DIABETUL ZAHARAT .....	12
Liliana Nica STRATEGIA DE REFORMĂ A SPITALELOR .....	14
Daniela BIRTU BIOMASA O ALTERNATIVĂ ECOLOGICĂ .....	16
Andreea GÎJIU, Alin Bogdan POPA PLANTE MEDICINALE FOLOSITE ÎN TRATAREA UNOR AFECȚIUNI .....	17
Teodora Marțiana MITRAN, Ileana Laura DAVID PLANTE CU ACȚIUNE ASUPRA APARATULUI DIGESTIV .....	18
Lavinia Veronica SUICĂ AUTOEXAMINAREA SÂNILOR .....	19
Marian NIȚĂ .....	21
PREPARATE DIN PROPOLIS .....	21
Alin Gabriel IONESCU, Nicuța Niculescu HEPATITA CRONICĂ VIRALĂ C .....	22
Ana Maria BONCIOG IGIENA CAVITĂȚII BUCALE .....	24
Neacșu Cornelia PROMOVAREA COOPERĂRII ȘI MOBILITĂȚII ÎN EDUCAȚIE .....	26
Alina BUNDIC STERILITATEA FEMININĂ .....	28
Adriana CĂPRARU, Doina VIERU SCOPUL ȘI IMPORTANȚA SPAȚIILOR VERZI .....	29

---

GÎJIU ANDREEA, SIMIONESCU LUCICA APA „ALIMENT” SAU „OTRAVĂ” .....	31
DORU ANA-MARIA, POPAALIN BOGDAN IODUL .....	33
Daniel VIZITIU, Claudia STOICA DOSARUL ELECTRONIC DE SĂNĂTATE .....	35
Mădălina PUPĂZĂ ISTORICUL FIȘELOR MEDICALE ELECTRONICE LA MEDICUL DE FAMILIE .....	38
Mitea Adriana-Camelia ECHINACEEA – REGINA IMUNITĂȚII .....	40
Mirela Marian TUTICĂ, Elena CIOABLĂ HIPOTENSIUNEA .....	42

