



MEDICAL MARKET

ORL și Chirurgie Cervico Facială



Prof. univ.
dr. Șerban Berțeșteanu

Președintele Societății
de Otorinolaringologie și Chirurgie
Cervico-Facială (SORLCCF)



Prof. univ. dr. Codruț
Caiu Sarafoleanu

General Secretary of the Romanian
Rhinologic Society



Dr. Daniela Vrînceanu

Medic Coordonator Compartiment
ORL, Spitalul Universitar
de Urgență București



Dr. Toader Miorița

Medic primar ORL,
Doctor în științe medicale, Spitalul
Clinic de Urgență Pentru Copii
„Grigore Alexandrescu” București



Dr. Bogdan Mocanu

Doctor în Științe Medicale,
Coordonator Compartiment ORL



Prof. univ. dr.
Eugen Brătucu

Șef secție Institutul
Oncologic București

Revista profesioniștilor din Sănătate

2020 - 2021

BIORINIL



0,5 mg/1 mg/ml
betametazonă/clorhidrat de tetrizolină
SPRAY NAZAL, SUSPENSIE

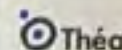
COMPENSAT 100% Lista C3

DOUĂ SUBSTANȚE ACTIVE
PENTRU UN MECANISM
DUBLU DE ACȚIUNE



BIORINIL
0,5 mg/1 mg/ml
SPRAY NAZAL,
SUSPENSIE

Betametazonă,
clorhidrat de tetrizolină



80_048_v.1/05/2020

Publicație adresată
cadrelor medicale

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală PRF. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor în domeniul sănătății. Pentru informații suplimentare vă rugăm consultați RCP-ul produsului, disponibil pe site-ul ANMOM, accesând următorul link: https://www.anm.ro/_/RCP/RCP_7569_28.04.15.pdf
DAPP: THEA FARMA S.p.A.Via Gioiata, 36, 20145 Milano, Italia. Numărul autorizației de punere pe piață: 7569/2015/01.

Str. Aurel Vlaicu, Nr.39, sector 2, 020092, București, Tel.: 021.212.49.09
www.danson.ro, Mobil: 0723.566.871, E-mail: office@danson.ro

Sursa de lumină Video CCD MOS CO2



Unit ORL High-tech



Endoscopie HD 4K Semiflex



MEDICAL MARKET

www.revistamedicalmarket.ro

**Revista profesioniștilor
din sistemul sanitar!****Două decenii de la apariția
primului anuar al spitalelor****ABONAMENT ANUAL
LA REVISTA
MEDICAL MARKET**Rugăm cei interesați să trimită o solicitare pe adresa:
redactie@finwatch.ro sau la tel/fax 021.321.61.23 Vă mulțumim!

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

ISSN 2286 - 3443

Activitatea specifică anti-rinovirus
a alfa-simpaticomimeticului oximetazolină**4**„Calitatea vieții începe să devină un
parametru din ce mai important în lumea
occidentală în abordarea terapeutică a
pacientului oncologic ORL”**8****Interviu realizat cu Prof. Dr. Șerban
Berteșteanu**„Pacienta a pierdut câțiva dinți”
**Interviu cu prof. univ.
dr. Codruț Caius Sarafoleanu****14**Metodă chirurgicală în premieră:
ablația exclusiv endoscopic transcutanat
minim invaziv a unei tumori orbitare
Dr. Bogdan Mocanu**24**Limite în tratamentul chirurgical
al carcinomului anaplastic tiroidian
Dr. Daniela Vrînceanu**28**Sindromul eșecului în chirurgie
**E. Brătucu, Cl. Daha, M. Marincaș,
Sânziana Ionescu, V. Prunoiu****32**Tratamentul tulburărilor vestibulare
și oculo-motorii
Dr. Toader Miorița**36**Oticon ConnectLine – un sistem complet
pentru oportunitățile multiple ale vieții**40**Provocările cu care se confruntă
persoanele hipoacuzice**42**

Activitatea specifică anti-rinovirus a alfa-simpatomimeticului oximetazolină

Sumar al publicației “Anti-Rhinovirus-specific Activity of the Alpha-sympathomimetic Oxymetazoline” de Stephan Koelsch, Marion Tschalkin, Fritz SacherMerck, din *Arzneimittel-Forschung (Drug Research)* 2007;57(7):475–482

Oximetazolina (OMZ) cunoscută ca substanța activă din cadrul unor picături și spray-uri nazale, demonstrează o eficacitate excelentă în tratamentul simptomelor rinitei care sunt cauzate, în principal, de infecțiile cu rinovirus. Pentru elucidarea posibilelor mecanisme de acțiune, activitatea antivirală a OMZ a fost studiată *in vitro* asupra unor virusuri patogene umane. OMZ a demonstrat inhibarea specifică a rinovirusului uman (HRV). Analiza producției HRV-14 și HRV-39 după tratamentul celulelor HeLa infectate prin utilizarea testului de reducere a plăcilor și titrarea virală a demonstrat o activitate antivirală puternică dependentă de doză a OMZ. Date suplimentare au demonstrat că OMZ a influențat, de asemenea, infecțiozitatea HRV-14, într-o manieră dependentă de doză. Analiza efectului protector celular al OMZ a arătat că pre-tratamentul celulelor HeLa a redus adsorbția virusurilor, precum și replicarea virală. Mai mult decât atât, OMZ a indus o subreglare a expresiei ICAM-1 pe celulele HeLa și celulele endoteliale din vena ombilicală umană stimulate cu factorul de necroză tumorală- α (TNF- α). Considerate împreună, aceste rezultate arată că, pe lângă acțiunea sa vasoconstrictoare, OMZ prezintă, de asemenea, activitate antivirală și antiinflamatorie potentă. Prin urmare, OMZ nu numai că reduce simptomele rinitei, ci ar putea permite în plus o abordare terapeutică cauzală.

Rinovirusurile umane reprezintă cea mai frecventă cauză a infecției de tract respirator superior, cunoscută sub denumirea de „răceală obișnuită”. Deși aceste infecții sunt, în general, ușoare și autolimitante, ele induc o povară economică considerabilă din cauza pierderii semnificative de productivitate și a costurilor medicale. În pofida eforturilor susținute, în prezent nu este disponibil niciun tratament antiviral specific. În context clinic au fost studiate medicamente antivirale ^[1,2], fiind demonstrat faptul că ar reduce severitatea simptomelor și durata totală a răcelii ^[3], însă ridică îngrijorări privind siguranța. Prin urmare, tratamentul infecției cu rinovirus se bazează în continuare de regulă pe remedii îndreptate împotriva simptomelor specifice.

Oximetazolina este un derivat de imidazolină simpaticomimetic care este utilizat pentru tratamentul simptomatic al rinitei acute de peste 40 de ani. Având o activitate predominant alfa-2-adrenergică, OMZ la concentrații mai ridicate se leagă, de asemenea, de receptorii alfa-1-adrenergici. După aplicare topică la nivelul mucoasei nazale, activitatea oximetazolinei se manifestă prin vasoconstricție, conducând la decongestionare.

Debutul acțiunii la copii și adulți este rapid (în decurs de secunde sau câteva minute), iar durata acțiunii este de până la 12 ore ^[4].

În afară de efectul său simptomatic (vasoconstricție), studiile au documentat, de asemenea, efecte antiinflamatoare și antioxidative ^[6-9]. De exemplu, OMZ a suprimat în mod semnificativ generarea de eicosanoide proinflamatorii derivate din acidul arahidonic. De asemenea, OMZ a inhibat puternic stresul oxidativ în mai multe sisteme ^[7, 9]. Mai mult decât atât, experimentele imunologice au arătat că OMZ a inhibat în mod semnificativ sinteza de citokine proinflamatorii în celulele mononucleare din sângele periferic și în celulele dendritice ^[10]. Aceste efecte imunomodulatoare ale OMZ sunt susținute acum de activitatea sa supresoare asupra expresiei ICAM-1 de pe suprafața diferitelor tipuri de celule, demonstrând efectul său antiviral împotriva rinovirusurilor. Activitatea antivirală a OMZ adaugă un mecanism suplimentar important capacității acesteia de a reduce durata rinitei. Datele prezentate aici, de o importanță majoră, au demonstrat faptul că OMZ inhibă în mod specific activitatea rinovirusurilor umane 14 și 39 (virusuri ARN non-anelopate), am-

bele aparținând grupului de rinovirusuri care pătrund în celulele țintă prin intermediul receptorilor ICAM-1/CD54. Nu se cunoaște dacă activitatea antivirală a oximetazolinei este specifică pentru rinovirus sau dacă este posibil să fie afectați și alți membri, precum virusul poliomielitice sau virusul bolii gură-mână-picior (enterovirusuri). Această întrebare rămâne să fie elucidată în cadrul unor experimente viitoare.

Date preliminare arată, de asemenea, că oximetazolina induce o inhibare evidentă și reproductibilă a replicării HRV-2, un membru al grupului de rinovirusuri care se leagă la un receptor minor, care utilizează familia de receptori a lipoproteinelor de densitate mică pentru a pătrunde în celule (M. Schmidtke, Jena, comunicare personală). Pe baza efectului oximetazolinei asupra HRV-14 și HRV-39, este evident faptul că subreglarea ICAM-1 de către OMZ este responsabilă, cel puțin parțial, pentru activitatea sa antivirală, demonstrată prin inhibarea formării plăcilor și reducerea titrului viral. Este posibil ca subreglarea ICAM-1 să fie indusă de activitățile antioxidative ale oximetazolinei, deoarece a fost arătat că expresia ICAM-1 este influențată de statusul redox celular ^[12]. Se poate

Grafice: Anti-Rhinovirus-specific Activity of the Alpha-sympathomimetic Oxymetazoline. Koelsch S, Tschalkin M, SacherMerck F. Arzneimittel-Forschung (Drug Research) 2007;57(7):475-482.

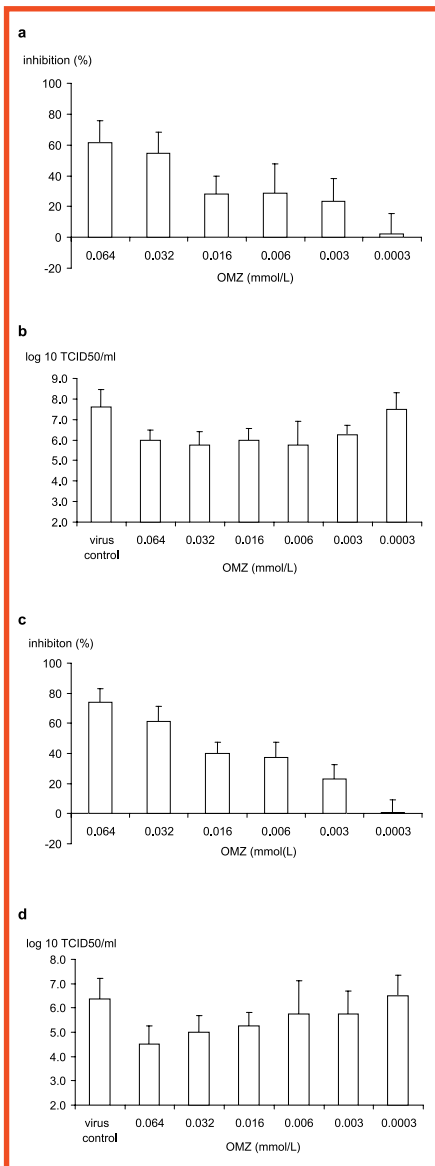


Fig. 1: Activitatea antivirală împotriva HRV-14 și HRV-39. Celulele HeLa au fost infectate cu HRV-14 (Fig. 1 a, b) sau HRV-39 (Fig. 1 c, d). După infectare, monostaturile celulare au fost incubate fără (controale) sau în prezența diferitelor concentrații de OMZ (axele x) timp de 4-5 zile. Activitatea antivirală a OMZ așa cum este indicată de inhibarea relativă (axele y, % de inhibare) a fost evaluată fie prin testul de reducere a plăcilor (a, c, MOI de 0,0005), fie prin testul de titrare virală (b, d, MOI de 0,03). Toate coloanele reprezintă date din șase replicare derivate din două experimente.

presupune de asemenea că, pe lângă această influență mediată de receptori a mecanismului infecției, sunt importante, de asemenea, și efectele antivirale directe ale OMZ asupra virusului propriu-zis. Aceste mecanisme antivirale directe sunt de interes major și trebuie analizate în cadrul unor studii viitoare.

În concluzie, aceste constatări au demonstrat în premieră activitatea anti-rinovirus a OMZ și demonstrează faptul că

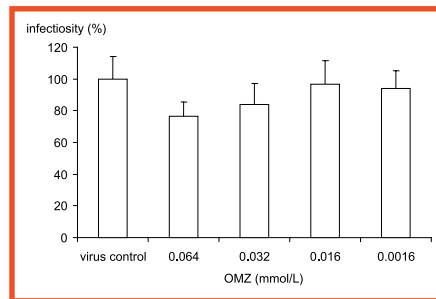


Fig. 2: Activitatea virucidă directă a OMZ dependentă de doză împotriva HRV-14. O suspensie virală în doză ridicată de HRV-14 (1×10^7 PFU/ml) a fost tratată timp de 1 oră la 37 °C cu diferite concentrații de OMZ (axa x) înainte de infectarea celulelor HeLa (MOI de 0,0005). Inhibarea directă a suspensiei virale prin pre-tratamentul cu OMZ a fost demonstrată în testele de titrare a plăcilor în comparație cu proba de control netratată (infecție 100%). Toate datele reprezintă valori unice derivate din șase replicare și două experimente.

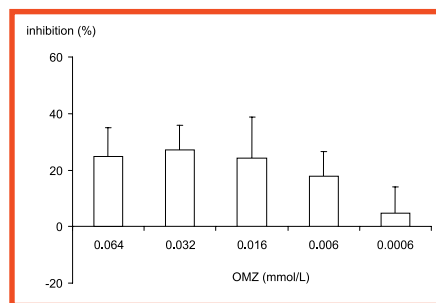


Fig. 3: Efectul „protector celular” al OMZ. Prin utilizarea unui protocol profilactic, celulele HeLa subconfluente au fost incubate cu diferite concentrații de OMZ timp de 1 oră înainte de infectare (-1). Ulterior, celulele au fost spălate intensiv și au fost infectate cu HRV-14 (MOI de 0,0005). Potența antivirală după cum este indicată de inhibarea relativă (axa y) a fost evaluată prin testul de reducere a plăcilor. Toate datele reprezintă valori unice derivate din șase replicare și două experimente.

acest alfa-simpaticomimetic, în afară de rolul său vasoconstrictor, ar putea oferi, de asemenea, o abordare terapeutică causală. Acestea indică faptul că inhibarea replicării virale, a activității virale și a răspândirii virusului, în asocieră cu acțiunea antiinflamatorie, antioxidantă și vasoconstrictoare a oximetazolinei, sunt responsabile pentru efectul de scurtare a duratei rinitei virale acute, constatat in vivo.

Referințe bibliografice

- Fendrick AM. Viral respiratory infections due to rhinoviruses: current knowledge, new developments. *Am J Ther.* 2003;10:193-202.
- Anzueto A, Niederman MS. Diagnosis and treatment of rhinovirus respiratory infections. *Chest.* 2003;123:1664-1672.
- Hayden FG, Kim K, Hudson S, Villano SA and the Pleconaril Respiratory Infection Study Group. Pleconaril treatment provides early reduction of symptom severity in viral respiratory infection due to picornaviruses. *Proceedings of the 39th Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America*; 2001 Oct 26-28; San Francisco, California/USA.
- FR FDA 08/23/94 F 59 FR 43386. Cold, cough, allergy, bronchodi-

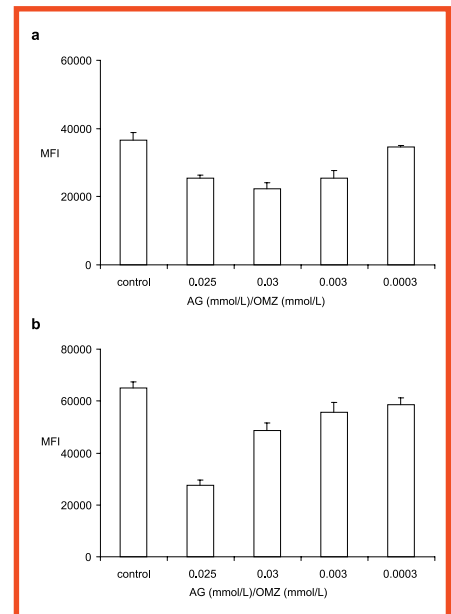


Fig. 4: Efectul OMZ asupra expresiei ICAM-1 (CD54). Efectul dependent de doză al OMZ asupra expresiei ICAM-1 a fost cuantificat pe celulele HUVEC (a) și HeLa (b) stimulate cu TNF- α . Celulele prestimulate cu TNF- α (20 ng/ml, 2 ore, 37°C) au fost incubate cu diferite concentrații de OMZ timp de încă 18 ore. Ulterior, celulele au fost marcate cu anticorpi anti-CD54-PE și expresia ICAM-1 a fost analizată prin citometrie în flux. Coloanele grupului de control arată expresia ICAM-1 a celulelor stimulate cu TNF- α cultivate în mediu fără OMZ. Subreglarea expresiei ICAM-1 indusă de tratamentul cu apigenină (AG) a fost utilizată pe post de control pozitiv. Pentru o comparație mai bună a rezultatelor, au fost calculate intensitățile medii ale fluorescenței (MFI - mean fluorescence intensities) cu ajutorul software-ului FACS Aria. Toate coloanele reprezintă intensitățile medii ale fluorescenței în două teste independente.

lator, and anti-asthmatic drug products for over-the-counter human use. Final monograph for OTC nasal decongestant products. Vol. 59, No. 162; 1994.

- Reinecke S, Tschalkin M. Investigation of the effect of oxymetazoline on the duration of rhinitis. Results of a placebo-controlled double-blind study in patients with acute rhinitis. *MMW Fortschr Med.* 2005;147 Suppl 3:113-118.
- Bjerknes R, Steinsvag SK. Inhibition of human neutrophil actin polymerization, phagocytosis and oxidative burst by components of decongestive nose drops. *Pharm Tox.* 1993; 73:41-45.
- Westerveld GJ, Scheeren RA, Dekker I, Griffioen DH, Voss HP, Bast A. Anti-oxidant actions of oxymetazoline and xylometazoline. *Eur J Pharmacol.* 1995;291:27-31.
- Westerveld GJ, Voss HP, van der Hee RM, de Haan-Koelewijn GJ, den Hartog GJ, Scheeren RA et al. Inhibition of nitric oxide synthase by nasal decongestants. *Eur Resp J.* 2000;16: 437-444.
- Beck-Speier I, Dayal N, Karg E, Maier KL, Schumann G, Semmler M et al. Oxymetazoline inhibits pro-inflammatory reactions: Effect on arachidonic acid-derived metabolites. *J Pharmacol Exp Ther.* 2006;316:843-851.
- Tuetttenberg A, Koelsch S, Knop J, Jonuleit H. Oxymetazoline modulates pro-inflammatory cytokines and the T cell stimulatory capacity of dendritic cells. *Exp Dermatol.* 2007; 16:171-178.
- Schmidtke M, Sauerbrei A, Wutzler P. Do oxymetazoline-containing nasal sprays exhibit an antiviral activity against influenza A virus? *Chemotherapie J.* 2005;6:207-211.
- Papi A, Papadopoulos NG, Stanciu LA, Bellettato CM, Pinamonti S, Degitz K et al. Reducing agents inhibit rhinovirus-induced up-regulation of the rhinovirus receptor intercellular adhesion molecule-1 (ICAM-1) in respiratory epithelial cells. *FASEB J.* 2002;16(14).

Romsound înseamnă 29 de cabinete la nivel național și peste 40 de specialiști mereu gata să vă ajute în Arad, Bacău, Baia Mare, Bîrlad, Bistrița, Brașov, București-Banu Manta, București-Ghencea, București-Mărășești, București-Panduri, Buzău, Câmpulung Moldovenesc, Cluj-Napoca, Cluj-Napoca Moților, Comănești, Fălticeni, Iași, Miercurea Ciuc, Oradea, Reșița, Satu Mare, Sfântu Gheorghe, Sighetu Marmăției, Suceava, Târgoviște, Târgu Mureș, Timișoara, Toplița, Zalău.

Cu o experiență de 20 ani în domeniul aparatelor și protezelor auditive, vă putem oferi soluții eficiente pentru problemele de auz.



REDUCERI DE PREȚ SUBSTANȚIALE!



PROMOȚIE APARATE AUDITIVE

Reduceri semnificative de preț de peste 700 lei cu TVA pe bucată, la două dintre aparatele auditive din gama elvețiană Bernafon:

- **Inizia 3 CP**

Preț Întreg = 2950 lei / Preț Redus = 2180 lei

- **Saphira 3P**

Preț Întreg = 3640 lei / Preț Redus = 2900 lei

Promoția este valabilă în perioada 01.07.2020 – 30.09.2020 și nu se însumează cu alte campanii de reducere aflate în derulare.

Bernafon Inizia 3 CP de la 2.950,00 lei

Scurtă descriere: Este alegerea ideală pentru a îndeplini toate nevoile auditive atât în liniște cât mai ales în mediu zgomotos, oferind o excelentă calitate a sunetului, destinată hipoacuziilor de la ușoară la severă.

Disponibilitate: Există modele retro și intra-auriculare destinate hipoacuziilor de la ușoară la severă, BTE, CIC, CICP.



Bernafon Saphira 3 P de la 3.640,00 lei

Saphira, ca o adevărată piatră prețioasă, poate oferi o mai bună înțelegere a vorbirii și confortul ascultării într-o mare diversitate de medii de ascultare. Oferă un nivel excelent de protecție împotriva umidității și prafului. Tot ceea ce clienții au nevoie pentru mediile de ascultare provocatoare și o înțelegere confortabilă a vorbirii sunt accesibile cu Saphira.

Disponibilitate: Disponibil în variantele BTE, CICP.



„Calitatea vieții începe să devină un parametru din ce mai important în lumea occidentală în abordarea terapeutică a pacientului oncologic ORL”

Interviu realizat cu Prof. univ. dr. Șerban Berteșteanu, Președintele Societății de Otorinolaringologie și Chirurgie Cervico-Facială (SORLCCF)

Stimate domnule profesor, se cunoaște faptul că SORLCCF a adoptat ghidul de practică al pacientului oncologic ORL produs de Societatea Franceză de ORL. Vă rog să ne spuneți pe scurt câteva practici noi, conform acestor ghiduri, care aduc beneficii în tratarea pacienților?

Încă de la începutul pandemiei ne-am pus întrebarea firească: Ce se întâmplă cu pacienții oncologici? Am trăit și încă trăim sub frica contaminării cu virusul SARS-COV2. La începutul lunii martie, în starea de urgență, toate spitalele și-au închis porțile pentru majoritatea pacienților, cu excepția urgențelor, și au început să se organizeze pentru a putea lupta cu noua provocare dată de Covid-19, care, între noi fie vorba, a îngenunchiat sisteme de sănătate mult mai performante decât al nostru. Dacă vorbim despre pacienții oncologici, trebuie să spunem că în lupta cu cancerul timpul este esențial. Deși nu este, de cele mai multe ori, o urgență imediată, orice moment pierdut este vital. De instituirea precoce a protocoalelor terapeutice depinde rata de succes și evident de supraviețuire a pacientului oncologic. Adoptarea protocoalelor Societății Franceze de ORL a fost un gest firesc pe care l-au făcut și alte societăți din țările europene, aceste protocoale fiind primele apărute. Cei care practică chirurgia oncologică ORL aveau nevoie de un sprijin și recomandări pentru a convinge managementul spitalelor că pacienții oncologici nu pot fi amânați. Aceste recomandări sunt valabile atât pentru consultații cât și pentru inter-



vențiile chirurgicale și sunt modificabile în contextul evoluției pandemiei, a mijloacelor tehnice de care dispune fiecare clinică și a cunoștințelor actuale la tema Covid-19. **Ele în mod evident trebuie să țină cont de gradul de urgență, de complexitatea intervenției chirurgicale, de riscul contaminării întregii echipe chirurgicale (traheotomie) și de situația locală (dotarea sau nu a spitalelor și a serviciilor de reanimare). Obiectivul este de a limita la maxim riscul de a pierde șansa de vindecare pentru pacientul oncologic și pentru a anticipa fluxul paci-**

enților cu cancer care va fi la sfârșitul acestei pandemii.

Principala recomandare a acestor ghiduri este definirea a 3 grupuri de pacienți, în funcție de posibilitatea de amânare.

Grupul A: urgență vitală (dispnee, hemoragie)

- Se va acționa fără amânare
- Dacă este posibil, la internare, PCR + CT toracic.
- În caz că nu este posibil, pacientul este considerat Covid-19 pozitiv: protecția maximă a echipei medicale conform procedurilor elaborate de fiecare centru.

Unit consultație ORL



Dotări cabinete ORL complete:

- UNIT ORL / MICROSCOP
- SCAUN CONSULTAȚIE / MEDIC
- ENDOSCOPIE RIGIDĂ / FLEXIBILĂ
- LAMPI FRONTALE
- INSTRUMENTAR PENTRU DIAGNOSTIC
- RADIOFRECVENȚĂ
- AUDIOMETRE / TIMPANOMETRE
- CONSUMABILE ORL
- SISTEME DEZINFECTIE ENDOSCOAPE
- AUTOCLAVE
- ASPIRATOARE

**CALITATE
CARE
CONVINGE**

Cameră endoscopică
DUO FULL HD cu sursă
de lumină integrată



Nasofaringoscop flexibil
Ø2.8mm pentru copii
sau Ø 3.4mm
pentru adulți



Sinuscoape, Ø 2,7mm
sau Ø4.0mm în 0°,
30° sau 70°



Adresa: Str. Republicii, Nr. 29, Târgu Mureș

WEB: www.t-med.ro

TEL: 0265.265.110

Grupul B: Oncologia cu riscul de inoperabilitate la termen scurt (4 săptămâni): cancerul mucoaselor căi respiratorii superioare (laringe, faringe, etc), cancerul glandelor salivare evolutiv, cancerul cutanat evolutiv.

În cazul în care nu este necesară traheotomia:

- În limita posibilităților, să nu se amâne intervenția chirurgicală
- Efectuarea tuturor investigațiilor în regim de internare continuă (imagistică / îngrijirea dinților până la RT / montare cateter central) pentru a limita circulația pacientului.
- În caz de imposibilitate de internare a pacientului din cauza epidemiei se va reorienta pacientul la un alt centru ce ar putea asigura chirurgia oncologică

În cazul în care este necesară traheotomia există un risc important de contaminare a personalului medical.

Grupul C: oncologie cu risc scăzut de inoperabilitate (6-8 săptămâni): cancerle tiroidiene bine diferențiate, cancerle cutanate neevolutive: carcinomul bazocelular, unele cancere ale glandelor salivare sau nodulii atipici ai glandelor salivare fără criterii pentru malignitate, leziunile leucoplazice ale corzilor vocale. Acești pacienți se vor evalua după 6-8 săptămâni și se va lua decizia ținându-se cont de evoluția pandemiei Covid-19.

Există și recomandări tehnice legate de modul de abordare a urgențelor, de efectuare a controalelor și de rezolvarea eventualelor complicații apărute în timpul tratamentului oncologic.

Nu trebuie neglijat rolul comisiei oncologice în evaluarea fiecărui caz în parte. Comisia oncologică este cea care decide strategia terapeutică multidisciplinară pentru pacienții cu neoplazii și decizia ei trebuie să fie punctul de plecare în abordarea acestor pacienți. Un exemplu laudabil este efortul comisiei oncologice ORL din cadrul Spitalului Clinic Colțea care, în condițiile distanțării sociale și a lucrului online, nu și-a încetat activitatea. Astfel am putut trata de la începutul pandemiei peste 200 de pacienți neoplazici care au suferit intervenții chirurgicale majore și apoi au intrat în fluxul tratamentului multimodal oncologic din cadrul Spitalului Clinic Colțea. Știu că aceiași lu-

cru s-a întâmplat și în marile institute oncologice din țară și în clinicile ORL cu tradiție în abordarea neoplaziilor cervico-faciale.

Având în vedere că infecția cu noul coronavirus are ca punct de intrare căile respiratorii, în ce măsură s-a implicat SORLCCF în lupta împotriva acestei pandemii?

SORLCCF a încercat să răspundă semnalelor care veneau din teritoriu și a nenumăratelor întrebări din partea colegilor noștri dar și din partea pacienților. Adoptarea ghidurilor de practică elaborate de țări mult mai lovite de pandemie (ex. Italia, Franța, Anglia) a răspuns într-o oarecare măsură acestor întrebări.

La începutul stării de urgență, panica era imensă și lipsa materialelor de protecție era unul din motivele de stres. Cu eforturi importante am reușit să facem rost de fonduri cu care am cumpărat materiale de protecție (combinezoane, măști, viziere) pe care le-am trimis în teritoriu. Știu că nu am reușit să trimitem peste tot, dar am încercat să repartizăm aceste ajutoare și în funcție de numărul de cazuri din regiunile respective.

Am fost plăcut surprins să constat, cel puțin la începutul pandemiei, o solidaritate cu corpul medical. Am primit ajutoare de la societăți comerciale care nu aveau legătură cu lumea medicală dar au vrut să facă ceva pentru a ne fi alături. În acest fel am reușit să depășim momentele inițiale de panică și să ne organizăm pentru a putea face față acestei noi provocări.

În întâmpinarea nevoii de informație, SORLCCF și-a reorganizat site-ul prin crearea unei secțiuni speciale dedicate COVID 19, am creat pagina de Facebook a SORLCCF. Am răspuns nevoii de educație medicală continuă prin organizarea unui webinar, acreditat de Colegiul Medicilor din România, cu tema „Actualități în practica ORL în contextual pandemiei de COVID-19”. Au fost abordate majoritatea problemelor patologiei ORL dar și organizatorice în noul context epidemiologic pe care-l traversăm. Având în vedere că am avut o partici-

pare de peste 300 de medici ORL, deci cam o treime din numărul medicilor din această specialitate, considerăm manifestarea un succes.

Acesta a fost doar un proiect înaintea conferinței naționale, pe care din motive epidemiologice am amânat-o din mai în noiembrie. Va fi o provocare pentru ca va fi exclusiv online. De asemenea suntem alături și sprijinim Societatea de ORL Periatrie în realizarea conferinței naționale și în general toate societățile de nisa ale specialității noastre: foniatrie, audiologie, rinologie.

Tot în sprijinul nevoii de informație am reușit să scoatem 5 numere din Revista Română de ORL, în format bilingv română-engleză, cu ajutorul colegilor noștri din teritoriu.

În ultimii ani asistăm la o amplă diversificare a tehnicilor de explorare, diagnostic și tratament din întregul domeniu al ORL-ului. În aceste condiții, cum apreciați că sunt dotările care stau la dispoziție medicilor din România?

Dacă vorbim de dotări trebuie să spun că s-au făcut progrese notabile în ultimii ani atât în clinicile mari dar și în secțiile de ORL din spitalele județene. Avem o evidență relativă a dotărilor din teritoriu în special a spitalelor de stat și trebuie să spun că repartizarea teritorială a noilor tehnici de diagnostic și tratament este mult superioară și uniformă comparative cu anii anteriori.





Sigur, tehnologiile de vârf sunt încă o dorință neîmplinită în multe clinici care ar avea potențialul uman să valorifice aceste progrese în slujba vindecării bolnavilor. Mă refer la sistemele de neuronavigație din chirurgia endoscopică a rinobazei, la tehnicile Laser. Tehnicile minimin invazive din chirurgia cervico-facială, cu beneficii notabile pentru pacient dar și pentru reducerea costurilor de spitalizare sunt încă dorințe neimplinite. Mă refer la chirurgia robotică, chirurgia transorală TOUSS (tehnica realizată în premiera pentru Europa de Est în Clinica ORL Colțea), chirurgia endoscopică a otobazei, chirurgia transorală a glandei tiroide.




Cu toate acestea SORLCCF s-a implicat activ în măsura posibilităților și în

Nas înfundat? Rinosinuzită?

Sinupret® **Sirop**



-  fără zahăr
-  prietenos cu dinții
-  gust de cireșe
-  fără coloranți

-  desfundă nasul
-  fluidifică secrețiile nazale
-  înlătură durerea de cap sinusală

Soluția terapeutică sustenabilă împotriva nasului înfundat
pentru copii începând cu vârsta de 2 ani.

fiecare an a sprijinit dotarea unui serviciu de ORL cu aparatura absolut necesară funcționării serviciilor respective. Secțiile de ORL din Oradea, Arad, Craiova au beneficiat de ajutorul SORLCCF.

Ce ne puteți spune despre incidența cancerelor din domeniul ORL? A existat o creștere a acesteia în ultimii ani?

Având în vedere că lucrez de 20 de ani într-un spital de tradiție în chirurgia oncologică a capului și gâtului (spitalul Colțea) vă pot spune că numărul de cazuri s-a mărit în ultimul timp. Percepția poate fi însă și una subiectivă, pentru că la Colțea se concentrează o bună parte din patologia oncologică din jumătatea sudică a țării. Trebuie să vă spun că la începutul pandemiei aveam pe lista de așteptare 70 de pacienți programați pentru intervenții chirurgicale oncologice în Clinica Colțea. Acesta a fost și unul din argumentele pentru care nu am încetat niciun moment activitatea și împreună cu colegii de la oncologie, radioterapie am asigurat tratamentul acestor bolnavi, evitând astfel să-i transformăm în victime colaterale ale pandemiei COVID-19.

Ca o concluzie generală pot spune însă că deși numărul de cazuri pare în creștere, pe fondul consumului crescut de tutun și alcool, adresabilitatea crescută la medic și dotarea superioară a cabinetelor de ambulator (multe beneficiind de tehnici endoscopice de diagnostic) a făcut ca numărul de cazuri în stadii avansate, așa cum vedeam acum 20 ani, să scadă. Acesta reprezintă un avantaj pentru terapia multidisciplinară, atât din punct de vedere al supraviețuirii pacientului cât și din punct de vedere al calității vieții. De altfel calitatea vieții începe să devină un parametru din ce mai important în lumea occidentală în abordarea terapeutică a pacientului oncologic ORL.

Există un interes al tinerilor medici de a se îndrepta spre chirurgia rino-sinusală în patologia oncologică?

Ca formator de tineri doctori pot să vă spun că există un interes crescut al tinerilor medici ORL pentru chirurgia en-

doscopică rino-sinusală. Acesta este un lucru pozitiv mai ales în contextul dotării spitalelor județene cu aparatura necesară. În acest fel putem să aplicăm ghidurile europene de practică în chirurgia endoscopică rinosinusală la nivel național.

Din păcate există un interes scăzut, nu numai în România ci și în țările Europei de vest, pentru chirurgia oncologică cervico-facială. Este o chirurgie de durată ce necesită eforturi continue de pregătire și practică. Pregătirea unui tânăr doctor în chirurgia oncologică necesită o perioadă mai mare decât cea a rezidențiatului. Există situații în care eforturile formatorilor și ale rezidenților de perfecționare în chirurgia oncologică se lovesc în teritoriu de o dotare insuficientă din punct de vedere tehnic și al resursei umane, ceea ce stăvilește elanul tineresc de abordare a patologiei oncologice.

Dacă vorbim strict de chirurgia oncologică rinosinusală trebuie să menționăm, în special pentru tinerii doctori care vor citi revista, că abordarea endoscopică a tumorilor rinosinuale cu sau fără implicarea rinobazei, trebuie să se facă după stăpânirea tehnicilor deschise, ideal cu sisteme de neuronavigație și eventual în echipă multidisciplinară, cu neurochirurgul (pentru tumorile ce invadează baza craniului).

Care sunt participările și proiectele pe care Societatea de ORL și Chirurgie Cervico-Facială le are, în viitorul apropiat, la nivel european?

SORLCCF se manifestă din ce în ce mai activ la nivel European prin participări active în cadrul structurilor europene și internaționale. Suntem membri activi ai EUFOS și IFOS. Suntem membri ai Societății Internaționale de Chirurgie Oncologică a Capului și Gâtului.

Dl. Prof. dr. Gheorghe Muhlfay este reprezentantul României în cadrul Societății Balcanice de ORL și Chirurgie a Capului și Gâtului și coordonează din partea SORLCCF toată activitatea și participarea României la proiectele din această regiune. Chiar în această perioadă a pandemiei am participat la câteva webinarii ale societăților din Balcani împărțind din experiența personală în lupta cu COVID-19. Avem reprezen-

tanți în comitetele editoriale ale revistelor ORL din Europa.

Dacă vorbim de proiecte trebuie să vă spun cu durere că a trebuit să amânăm o manifestare importantă pentru comunitatea ORL din România: World ENT Masterclass. După succesul realizat anul trecut cu ENT Masterclass la București, anul acesta trebuia să organizăm un congres mondial tot la Palatul Parlamentului. Din cauza pandemiei am luat decizia împreună cu coordonatorul pentru România al acestui proiect, Prof. Dr. Viorel Zainea, să reprogramăm manifestarea pentru 2021. Oricum pentru comunitatea ORL românească acest proiect pe care SORLCCF îl organizează, și mă refer la ENT Masterclass, reprezintă un pas înainte în vizibilitatea noastră pe plan internațional și țin să mulțumesc Prof. Silviu Albu și Prof. Viorel Zainea pentru eforturile depuse în punerea României pe harta ENT Masterclass.

De câțiva ani avem o politică benefică din punctul meu de vedere de a aduce în România, în cadrul manifestărilor naționale, a unui număr important de lideri de opinie internaționali care împreună cu specialiștii noștri sunt angrenați în proiecte educaționale. Astfel, împreună cu Prof. Dr. Cobzeanu, am reușit să aducem la următoarea Conferință Națională de la Iași peste 35 de lideri mondiali pe diverse teme de interes din patologia ORL.

Nu în ultimul rând, avem proiecte commune cu Societatea Română de ORL Pediatrie și milităm pentru aducerea Congresului European în România. Domnul Dr. Gheorghe Iovănescu și Doamna Prof. Dr. Poenaru Mărioara depun eforturi laudabile în acest demers dar și în numeroase proiecte educaționale bilaterale româno-sârbe.

Fiind conștienți de necesitatea exprimării într-un mediu cu vizibilitate internațională, depunem eforturi de acreditare a Revistei Române de ORL în baze de date internaționale.

Toate aceste acțiuni, sperăm să își arate roadele prin formarea de noi specialiști care să ducă mai departe eforturile înaintașilor și să facă cinste SORLCCF, una dintre cele mai vechi societăți profesionale (1908) din lumea medicală.

Vă mulțumesc pentru timpul acordat și vă doresc succes în continuare.

UNIFLOX 0,3%

Picături oftalmice și auriculare, ofloxacină



UTILIZARE

Otorinolaringologie

La adulți și copii de la 12 ani, în tratamentul infecțiilor cauzate de microorganisme sensibile la ofloxacină: tratarea conductului auditiv extern, inflamațiile acute ale urechii medii, inflamațiile supurative cronice ale urechii medii, cu perforarea timpanului și pentru prevenirea infecțiilor în chirurgia urechii.

La copii între 3 și 11 ani: tratamentul infecțiilor conductului auditiv extern și inflamațiile urechii medii cu timpanostomie.

Oftalmologie

Tratamentul infecțiilor bacteriene ale părților anterioare ale ochiului, provocate de microorganisme sensibile la ofloxacină, inflamații bacteriene la nivelul conjunctivei, corneei, genelor și tractului lacrimal cum ar fi: conjunctivite infecțioase, keratite, keratoconjunctivita, blefarite, blefaroconjunctivite, dacriocistite, orjelet, salazion și ulcer corneean.

Pregătirea preoperatorie, pentru intervenții în regiunea ochilor și postoperator, după extragerea corpurilor străine și în cazul plăgilor la nivelul ochiului.

Ca adjuvant se utilizează concomitent cu tratamentul administrat pe cale sistemică, în cazul inflamațiilor supurative ale structurilor oculare.

Uniflox 0,3 % se poate administra adulților, adolescenților și copiilor de la 3 ani!



Privirea sănătoasă
asupra lumii!

„Chirurgia oncologică ne ocupă din păcate o mare parte din activitate”

Interviu cu prof. univ. dr. Codruț Caius Sarafoleanu, Professor of ORL&HNS, Sfanta Maria Hospital, University of Medicine and Pharmacy Carol Davila Bucharest, General Secretary of the Romanian Rhinologic Society

Stimate domnule profesor dr. Codruț Sarafoleanu, puteți vă rog să ne vorbiți despre ce operații în clinica ORL din spitalul Sf. Maria?

Gama de intervenții chirurgicale care se fac la Secția clinică ORL din Spitalul Sf. Maria este destul de variată, acoperă cele mai multe entități patologice din sfera ORL. M-aș referi întâi la chirurgia nasului și a sinusurilor. În această arie am trecut de ceva vreme la chirurgia endoscopică și am fost și pionierii în domeniu pentru foarte multe operații, inclusiv cele de graniță cu baza craniului și cu orbita căile lacrimale și spațiile profunde ale capului și gâtului. Facem de asemenea chirurgie endoscopică a laringelui și a faringelui. Chirurgia oncologică ne ocupă din păcate o mare parte din activitate și în măsura în care putem să ne folosim de chirurgia endoscopică o facem, dar în cazul patologiei neoplazice trebuie să vorbim de radicalitatea actului chirurgical și de salvarea vieții pacientului, deci nu neapărat de o chirurgie funcțională. În același timp, și la nivelul capului și gâtului patologia oncologică ne impune unele operații destul de mari, cu rezecții extinse ale oaselor faciale sau a țesuturilor moi de la nivelul gâtului. Din fericire, există foarte multe posibilități de reconstrucție plastică și estetică facială și cervicală care asigură pacientului o recuperare foarte bună, din punct de vedere funcțional și estetic. Astfel, pacienții își pot continua în condiții decente viața socială și activitatea profesională fără problema unor deficite insurmontabile, așa cum se întâmplă acum 2-3 decenii, când pacientul operat era expus la situații neplăcute în viața socială și profesională.

De asemenea, patologia chirurgicală otologică, se rezolvă în cea mai mare parte sub control microscopic dar și endoscopic în anumite circumstanțe. Patologia este și aici destul de vastă. Predomină infecțiile și inflamațiile la nivelul urechii medii, o patologie frecventă atât la adult cât și la copil.

Are endoscopia și meritul de a reduce durata unei operații?

Endoscopia reduce timpul operator dar uneori dacă folosim și navigația ORL și ținând cont și de toate pregătirile aparaturii, toate acestea pot să fie consumatoare de timp. Păstrând anumite limite, de cele mai multe ori nu ne interesează timpul chirur-



gical ci reușita intervenției. O operație poate să dureze de la 45 min la o oră pentru operațiile de rutină și până la 5-6 ore, poate și mai mult, funcție de amploarea rezecțiilor și a reconstrucțiilor. Uneori, pentru reconstrucții pot fi necesari și alți timpi chirurgicali.

Chirurgia unei zone atât de delicate cum este zona ORL nu lasă niciodată urme, sechele, traume? Cum rezolvă protetica modernă o parte din acestea?

Sunt unele situații în care se face o rezecție a oaselor faciale, a maxilarului, a palatului dur și avem nevoie de 3 etape de colaborare cu medici din specialitatea de protetică dentară pentru că pacientul nemai-având palat, va apărea o mare comunicare între cavitatea bucală și căile nazale, motiv

pentru care pacientul nu se poate alimenta și nu poate vorbi. În aceste situații, imediat post operator se creează un obturator care să înlocuiască palatul și o parte din vălul palatin rezecat. Pe măsură ce apar fenomenele cicatriciale, obturatorul montat inițial va fi prea mare și trebuie creat altul care va fi purtat pe perioada tratamentului radio-chimioterapeutic și abia după finalizarea acestor tratamente oncologice, pacientul poate primi un obturator definitiv, care va avea și un aspect estetic absolut decent și de altfel neobservabil pentru lumea din jur. În orice caz, pacientul se poate alimenta, poate respira, poate vorbi absolut normal.

În luna noiembrie am avut bucuria să petrec o săptămână alături de prietenul și colegul nostru profesorul Dan Fliss din Israel, care este unul din cei mai reputați chirurghi de oncologie ORL din lume, ocazie cu care am văzut măiestria unor variate reconstrucții cu lambouri liber vascularizate. Echipa sa chirurgicală include pe lângă chirurgul ORL, medici specialiști din specialitățile chirurgie plastică, chirurgie vasculară, neurochirurgie și evident anestezist reanimator. O echipă complexă care lucrează în beneficiul pacientului în spitale dotate impecabil și cu toate specialitățile medico-chirurgicale prezente. În acest fel, echipa multidisciplinară se constituie natural și fiecare membru al acesteia are un rol foarte clar stabilit. Conceptul de spitale monoprofil nu mai există în medicina modernă și nici ideea că un membru al echipei este mai important decât ceilalți. Din păcate, la noi aceste concepte nu funcționează la modul real în practica curentă ci doar în situații punctuale.

Cum se ajunge la decizia ca un pacient să fie operat și cum se alege strategia chirurgicală?

Decizia pentru tipul de intervenție chirurgicală o ia medicul curant împreună cu pacientul, ținând cont de toate caracteristicile cazului respectiv. Eu învăț studenții



Gaze și amestecuri de gaze pentru uz medical

Oferta SIAD Romania de gaze medicinale este în continuă dezvoltare datorită cooperării cu companiile grupului SIAD din divizia Medicală: Medigas, Magaldi Life și SIAD Healthcare.

SIAD, datorită experienței și expertizei sale în domeniul sănătății, este un partener de încredere în furnizarea de soluții medicale globale: gazele, sistemele, echipamentele, tehnologiile și serviciile îndeplinesc cerințele celor mai ridicate standarde de calitate.

The SIAD Group
Technical gases, Engineering,
Healthcare, LPG and Natural Gas.

siad.ro

 **SIAD**

și colaboratorii mai tineri că nu trebuie să generalizăm, pentru că nu există boli, există bolnavi. Motiv pentru care trebuie să individualizăm fiecare caz, să ne bazăm în continuare pe examenul clinic, care tinde să fie uitat în favoarea tehnologiei, care desigur este mereu binevenită. Stabilirea strategiei de tratament chirurgical se bazează pe un algoritm diagnostic care include neapărat examenul clinic, examinarea endoscopică (fie segmentară, fie a întregului tract respirator superior) și imagistică. Aceasta din urmă nu poate lipsi, mă refer la examenul CT și RMN, la fel PET- CT în cazul patologiei oncologice, pentru că acest tip de investigație imagistică ne permite aprecierea evoluției pacientului și a unor relicvate tumorale sau diseminări la distanță. În cazuistica de ORL avem nevoie uneori și de angiografie, pentru că sunt suficiente tumori vasculare sau cu vascularizație importantă care trebuie analizate corect. Mai mult decât atât, radiologia intervențională permite și embolizarea acestor tumori, ceea ce aduce pacientul și medicul în fața unui act operator cu o sângerare redusă și un control intraoperator mult mai bun al hemostazei. Sigur că există și alte investigații specifice ORL care fac parte din acest algoritm de diagnostic.

Dar, discuția cu pacientul este esențială pentru a decide asupra tipului de intervenție chirurgicală dar mai ales pentru a lămurii pacientul ce așteptări trebuie să aibă de la acest act chirurgical, ce probleme pot apărea, cum și cât durează vindecarea și procesul de îngrijire postoperatorie (care în chirurgia ORL este cel puțin la fel de important ca și actul chirurgical în sine).

Cum se stabilește și cât de complexă este echipa chirurgicală în patologia ORL, având în vedere că zona vizată este traversată de nervi și artere vitale, precum și alte glande mici în dimensiune dar mari ca importanță?

Cine va intra în echipa din sala de operație este decizia chirurgului ORL principal, care constituie echipa în funcție de abilitățile fiecăruia. Personalul de la sala de operație este important pentru că nu lucrăm singuri, intervenția chirurgicală este o muncă de echipă. Colaborarea cu anestezistul este esențială și dau doar un exemplu: la chirurgia endoscopică rinosinusală avem nevoie de o hipotensiune controlată, ceea ce se realizează printr-o colaborare perfectă cu me-

dicul anestezist. Nu în ultimul rând, având în vedere poziționarea anatomică a organelor de care se ocupă specialitatea ORL, permanent suntem puși în situația formării unor echipe multidisciplinare, care pot include neurochirurgul, chirurgul vascular, specialistul în chirurgie plastică și reconstructivă, neurologul, oftalmologul și chirurgul OMF. Așa cum aminteam anterior, avem nevoie și de un act chirurgical complex bine realizat dar și de o reconstrucție corespunzătoare care să asigure funcționalitatea organelor asupra cărora se intervine.

Puteți să ne vorbiți despre o operație complexă ca să ne dăm mai bine seama de munca dumneavoastră și a implicării celorlalți medici din echipa chirurgicală?

V-aș povesti despre un caz mai deosebit pe care l-am operat cu ceva vreme în urmă: o domnișoară care fusese în îngrijirea unor colegi din alt oraș și fusese diagnosticată cu o banală rinosinuzită cu polipi nazali. Există uneori pe lângă tumora principală așa zisii polipi de însoțire care pot induce un diagnostic greșit. Acea echipă care ne-a trimis pacienta a încercat o intervenție chirurgicală soldată cu o sângerare importantă, motiv pentru care au oprit operația. Pacienta a venit cu o imagistică nu foarte detaliată, motiv pentru care în primă instanță am reconstituit toate imaginile CT în cele 3 planuri în care o patologie trebuie analizată: axial, coronal și sagital. Reconstrucțiile se pot face acum ușor cu programele existente pe computerele noastre. Văzând imagistica inclusiv cu substanță de contrast și analizând-o minuțios, am constatat că aveam de-a face cu o formațiune tumorală gigantă, care ocupa ambele nări, tot nasul și trecea dincolo de baza craniului înspre creier. Din fericire pentru pacientă, care avea o vârstă tânără, tumora se limita la învelișul creierului, ajungând până la dura mater. În aceste condiții era nevoie de o intervenție chirurgicală de amploare, pentru că aspectul tumorii pleda pentru o patologie de tip malign. Trebuia în primul rând să reușim să scoatem toată tumora, urmând ca în funcție de rezultatul histopatologic, pacienta să urmeze tratamente complementare oncologice. Am realizat prin urmare o intervenție chirurgicală de rezecție a formațiunii tumorale. La vremea respectivă ”m-am încăpățânat” să fac o intervenție endoscopică,

și bine am făcut, pentru că am reușit ceea ce ne-am propus, beneficiind de ajutorul navigației ORL, de o pregătire foarte minuțioasă a câmpului operator, cu o hipotensiune controlată ca să nu avem sângerări semnificative și cu o echipă chirurgicală pregătită să facă schimbarea către chirurgia clasică, deschisă, care ar fi însemnat mai multe incizii la nivelul feței pentru abordul tumorii. Am reușit, în ciuda dimensiunii gigantice a formațiunii tumorale, să facem această rezecție endoscopică. În sală a fost prezent cu noi și un neurochirurg, în ideea în care lucrurile s-ar fi complicat și ar fi fost nevoie de abordul durei mater și de o procedură de tip neurochirurgical. Din fericire a fost suficient să ne limităm la rezecția în afara durei mater pentru că aceasta nu era infiltrată. Prin urmare, a avut loc o reconstrucție uzuală a defectului osos de la nivelul bazei craniului și pacienta a putut să fie trezită fără să apară complicații neurologice sau hemorragice. Neșansa diagnosticului histopatologic a fost aceea a unei tumori maligne, motiv pentru care munca echipei noastre nu s-a terminat aici. Pacienta a efectuat tratament oncologic, conform recomandărilor comisiei oncologice, a făcut și radio și chimioterapie. Forma histologică particulară avea un procent de reușită de 30-40%. Din fericire, în acest caz pacienta nu a făcut postoperator nici fistule de lichid cefalorahidian, nici complicații cerebrale, nici complicații ORL. Ea a finalizat tratamentul oncologic foarte bine și sunt 10 ani de la operație și pacienta este foarte bine, nu are nicio restanță sau recidivă tumorală, nici metastaze. Anual pacienta face imagistică de control și este văzută de noi, de ORL-iști, dar ia o opinie și din partea oncologilor și în final a fost declarată vindecată. Au fost câteva probleme legate de tratamentul radio-chimioterapic, care aduce și el niște neplăceri, și anume ceva probleme de dentiție. Pacienta a pierdut câțiva dinți în perioada curelor de radio-chimioterapie dar prin niște proceduri ingenioase ale implantologilor a primit niște implanturi fixate la nivelul zigomei pentru că celelalte oase nu erau de o calitate bună. Deci, și din acest punct de vedere pacienta este reabilitată atât din punct de vedere dentar dar și ca estetică facială. Acest caz cred că ilustrează complexitatea nu doar a actului chirurgical în ORL dar și a problemelor pe care un astfel de caz le pune atât ORL-istului cât și oncologului prin complicații și reacții adverse care apar.

Mulțumim domnule profesor!

isla[®] junior

isla[®] medic

**Durere în gât?
Tuse seacă? Voce răgușită?**

**Isla Junior este
ajutorul nostru de nădejde**

**Ești răgușit?
Te doare gâtul? Tușești?**

**Alege cu încredere tabletele
de supt Isla Medic Hydro⁺**



Adulții și copiii cu vârsta de peste 4 ani: până la 6 tablete de supt pe zi, la nevoie



Vitamina C



Zinc



Vitamina B5



Prietenos cu dinții

Formula inovatoare a Isla Medic Hydro⁺ te va ajuta datorită:



...Protecției eficiente a mucoasei bucale și orofaringiene



...Umidificării intense a membranelor mucoase, datorită acidului hialuronic și a extractului de mușchi islandez, precum și stimularea suplimentară a activității glandelor salivare



...Regenerării durabile a mucoasei orofaringiene



**Un gât sănătos
pentru întreaga familie!**



Conexiunile bune sunt vitale acum

Rămâi conectat cu cei dragi chiar dacă combaterea coronavirusului ne impune distanțare socială.

Cu accesoriul ConnectClip obțineți o calitate excelentă a sunetului atunci când efectuați activități precum apelarea persoanelor dragi, ascultarea unui audiobook sau muzică.



Adaptorul TV OTICON

Steamer OTICON vă permite să auziți clar sunetul de la televizor păstrându-l confortabil pentru alții.

Oticon Opn 3 mini RITE de la 5.380,00 lei

Oticon Opn™ este cel mai impresionant model de la acest renumit producător de aparate auditive. Nu numai că oferă o viteză impresionantă de procesare și o calitate excelentă a sunetului, dar permite și conectivitate sporită, astfel încât să puteți participa la tot ceea ce se întâmplă în jur.

În timp ce tehnologiile vechi se concentrau pe o singură sursă a sunetului suprimându-le pe toate celelalte, noua abordare Oticon deschide peisajul sunetelor și îmbrățișează sursele multiple de sunet. Viteza de procesare extremă a platformei Velox pe care este construită Oticon Opn™, furnizează creierului informații mult mai exacte despre peisajul sunetelor. Utilizatorul poate astfel să localizeze și să separe vorbitorii mult mai ușor și să se concentreze pe ceea ce îi este mai important.

Disponibilitate: Disponibil în versiunile Opn1 și Opn3
Modele: miniRITE și BTE PP 105.



Oticon Opn 3 BTE PP de la 5.500,00 lei



Oticon OPN 1 de la 9.900,00 lei



Oticon Alta2 PRO CIC/IIC de la 7.900,00 lei

ALTA 2 PRO oferă utilizatorilor săi performanțe de ascultare premium și pot fi ajustate la preferințele de ascultare ale individului. Alta2 Pro este un model premium din gama Oticon și o opțiune excelentă pentru cei care se află în mod regulat în medii de ascultare zgomotoase.

Gama de accesorii Oticon ConnectLine oferă o serie de dispozitive de ascultare și streamere de sunet care se poate conecta cu aceasta proteză auditivă.

Disponibilitate: Disponibil în variantele intraauriculare CIC și IIC.



Oticon Nera2 BTE 85 de la 4.300,00 lei

Nera 2 are conectivitate wireless și procesor Inium Sense. Se mândrește cu o serie de caracteristici tehnologice excelente pentru a-i ajuta pe cei care se află într-un mediu de ascultare moderat pentru o mare parte a timpului.

Disponibilitate: Disponibil în varianta retroauriculară.



Oticon Ria2 PRO 85 CIC de la 4.300,00 lei

RIA 2 PRO oferă o calitate excelentă a sunetului iar prin intermediul Sincronizării Binaurale (Binaural Synchronization) furnizează utilizatorilor o experiență de ascultare mult mai echilibrată. Cu ajutorul Free Focus Essential, proteza auditivă poate interschimba cele două tipuri de direcționalitate: omni optimizat și cea împărțită cu posibilitatea schimbării manuale în modul de direcționalitate completă în situații de ascultare foarte dificile.

Disponibilitate: Disponibil în varianta intraauriculară CIC.



Oticon Ria2 100 ITC de la 3.300,00 lei

RIA2 furnizează utilizatorilor o experiență de ascultare mult mai echilibrată. Ajută de asemenea utilizatorii noi să se simtă confortabil pe perioada acomodării cu proteza auditivă. Construită pe platforma Inium Sense feedback shield – reduce în mod semnificativ feedback-ul fără să compromită calitatea sunetului sau confortul de ascultare.

Disponibilitate: Disponibil în modelele: BTE, mini BTE, CIC și ITC.



Oticon Ria2 85 CIC de la 3.200,00 lei

RIA2 furnizează utilizatorilor o experiență de ascultare mult mai echilibrată. Ajută de asemenea utilizatorii noi să se simtă confortabil pe perioada acomodării cu proteza auditivă. Construită pe platforma Inium Sense feedback shield – reduce în mod semnificativ feedback-ul fără să compromită calitatea sunetului sau confortul de ascultare.

Disponibilitate: Disponibil în modelele: BTE, mini BTE, CIC și ITC.



Oticon Ria2 BTE 100 de la 3.300,00 lei

RIA2 furnizează utilizatorilor o experiență de ascultare mult mai echilibrată. Ajută de asemenea utilizatorii noi să se simtă confortabil pe perioada acomodării cu proteza auditivă. Construită pe platforma Inium Sense feedback shield – reduce în mod semnificativ feedback-ul fără să compromită calitatea sunetului sau confortul de ascultare.

Disponibilitate: Disponibil în modelele: BTE, mini BTE, CIC și ITC.



Oticon Ria2 miniBTE 85 de la 3.200,00 lei

RIA2 furnizează utilizatorilor o experiență de ascultare mult mai echilibrată. Ajută de asemenea utilizatorii noi să se simtă confortabil pe perioada acomodării cu proteza auditivă. Construită pe platforma Inium Sense feedback shield – reduce în mod semnificativ feedback-ul fără să compromită calitatea sunetului sau confortul de ascultare.

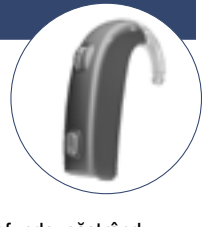
Disponibilitate: Disponibil în modelele: BTE, mini BTE, CIC și ITC



Oticon Dynamo SP4 de la 2.950,00 lei

Oticon Dynamo este o proteză auditivă super power, construită pe platforma Inium Sense, aducând un câștig protetic semnificativ și o protecție puternică anti-feedback. Oferă totodată acces ușor la controlul volumului și furnizează o înțelegere optimă a vorbirii, păstrând detaliile importante ale vorbirii.

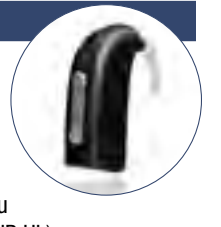
Disponibilitate: destinat pierderilor de auz severe și profunde, păstrând totuși o dimensiune atractivă.



Oticon COMO BTE 100 de la 2.250,00 lei

Familia HIT este o îmbunătățire a portofoliului, cu o soluție modernă, discretă, bazată pe platforma RISE. Are caracteristici adesea găsite în aparate auditive mai scumpe, produsele sunt potrivite pentru utilizatorii noi și cu experiență.

Disponibilitate: Oferă soluții potrivite pentru pacienții cu pierderi de auz ușoare până la profunde (până la 105 dB HL). Disponibil în modelele BTE și BTE POWER.



Oticon COMO BTE 85 de la 2.170,00 lei

Familia HIT este o îmbunătățire a portofoliului, cu o soluție modernă, discretă, bazată pe platforma RISE. Are caracteristici adesea găsite în aparate auditive mai scumpe, produsele sunt potrivite pentru utilizatorii noi și cu experiență.

Disponibilitate: Oferă soluții potrivite pentru pacienții cu pierderi de auz ușoare până la profunde (până la 105 dB HL). Disponibil în modelele BTE și BTE POWER.



Oticon Get Power ITC de la 1.680,00 lei

Oticon Get este o familie de proteze auditive care oferă o compensare ușoară a pierderii de auz pentru cei atenți la aspectul financiar, acoperă pierderile de auz de la cele medii până la cele sever-profunde.

Disponibilitate: Familia acoperă pierderile de auz de la cele medii până la cele sever-profunde.

Disponibil în modelele: BTE, BTE Power, ITC (în canal), ITC Power, CIC (complet în canal).



Oticon Get Power de la 1.640,00 lei

Oticon Get este o familie de proteze auditive care oferă o compensare ușoară a pierderii de auz pentru cei atenți la aspectul financiar, acoperă pierderile de auz de la cele medii până la cele sever-profunde.

Disponibilitate: Familia acoperă pierderile de auz de la cele medii până la cele sever-profunde.

Disponibil în modelele: BTE, BTE Power, ITC (în canal), ITC Power, CIC (complet în canal).



Oticon Get CIC de la 1.580,00 lei

Oticon Get este o familie de proteze auditive care oferă o compensare ușoară a pierderii de auz pentru cei atenți la aspectul financiar, acoperă pierderile de auz de la cele medii până la cele sever-profunde.

Disponibilitate: Familia acoperă pierderile de auz de la cele medii până la cele sever-profunde.

Disponibil în modelele: BTE, BTE Power, ITC (în canal), ITC Power, CIC (complet în canal).

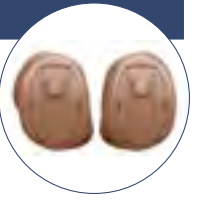


Oticon Get ITC de la 1.580,00 lei

Oticon Get este o familie de proteze auditive care oferă o compensare ușoară a pierderii de auz pentru cei atenți la aspectul financiar, acoperă pierderile de auz de la cele medii până la cele sever-profunde.

Disponibilitate: Familia acoperă pierderile de auz de la cele medii până la cele sever-profunde.

Disponibil în modelele: BTE, BTE Power, ITC (în canal), ITC Power, CIC (complet în canal).



Oticon Get BTE de la 1.580,00 lei

Oticon Get este o familie de proteze auditive care oferă o compensare ușoară a pierderii de auz pentru cei atenți la aspectul financiar, acoperă pierderile de auz de la cele medii până la cele sever-profunde.

Disponibilitate: Familia acoperă pierderile de auz de la cele medii până la cele sever-profunde.

Disponibil în modelele: BTE, BTE Power, ITC (în canal), ITC Power, CIC (complet în canal).



RinoClenil 100

beclometazonă 100 µg/doză • spray nazal • suspensie

REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI

RINOCLENIL 100 µg/doză spray nazal, suspensie, 100 ml spray nazal, suspensie, conţine dipropionat de beclometazon 77,00 mg. Excipient cu efect cunoscut: clorură de benzalconiu 27,00 mg. **Indicaţii terapeutice** Profilaxia şi tratamentul rinitelor sezoniere, perene şi vasomotorie. **Doze şi mod de administrare** Adulţi şi copii peste 6 ani: două pufuri în fiecare narină o dată pe zi. La copii se consideră o schemă de administrare cu o doză fracţionată respectiv un puf în fiecare narină de 2 ori pe zi. Efectul acţiunii nu este imediat iar pentru beneficiul terapeutic maxim este recomandată utilizarea cu regularitate (împ de mai multe zile). Produsul nu se va administra la copii cu vârsta sub 6 ani. **Contraindicaţii** Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţii enumeraţi la pct. 6.1, Infecţii tuberculoase şi infecţii locale virale sau fungice, Copii cu vârsta sub 6 ani. În general este contraindicat în sarcină şi în perioada de lactaţie. **Atenţionări şi precauţii speciale pentru utilizare** La administrare în special la utilizarea produselor de uz topic pe termen îndelungat pot apare fenomene de sensibilizare şi în mod excepţional reacţii adverse sistemice al acestei categorii de produse. În acest caz este necesar să se întrerupă tratamentul şi să se instituie terapia corespunzătoare. La copii dacă tratamentul este prelungit cu corticosteroizi se recomandă să se verifice perioada de creştere. RinoClenil poate controla în cele mai multe cazuri rinitele alergice, sezoniere, stimularea creşcută anormală a agenţilor alergeni putând necesita o suplimentare a terapiei, în special pentru a controla simptomele oculare. Este necesar să se ia măsuri la pacienţii care trec la terapia cu steroizi sistemici la RinoClenil dacă există suspiciuni de insuficienţa funcţiei suprarenale. În caz de infecţii bronşice sau bronhoree abundentă este necesar un tratament adecvat pentru a permite difuzia optimă în căile respiratorii. Se recomandă precauţie în cazul pacienţilor cu glaucom, ulcere sau afecţiuni oto-rino-laringologice. Trebuie controlată tehnica de inhalare a pacientului pentru a fi siguri că acţionarea aerosolului se sincronizează cu inspiraţia, asigurând eliberarea optimă a medicamentului în căile respiratorii. RinoClenil conţine clorură de benzalconiu, care la doze de peste 10 µg/doză administrată poate provoca bronhospasm. **Interacţiuni cu alte medicamente şi alte forme de interacţiune** Nu se cunosc. **Fertilitatea, sarcina şi alăptarea** În cazul sarcinii produsul va fi administrat numai în cazul în care este absolut necesar sub stricta supraveghere medicală. Nu există date suficiente care să ateste siguranţa utilizării de beclometazon dipropionat în timpul sarcinii la om. În cazul funcţiei reproductive la animale, numai după expunerea la o doză ridicată apar efecte adverse tipice corticosteroidelor. Oricum aplicarea nazală de beclometazon dipropionat evită un înalt risc de expunere. Utilizarea produsului în timpul sarcinii se ia în considerare numai după evaluare beneficiilor şi a posibilelor riscuri asupra fătului. Produsul s-a utilizat pe parcursul mai multor ani fără apariţia unor efecte adverse dăunătoare. Este normal să luăm în considerare că dipropionatul de beclometazonă este excretat în laptele matern dar la doza utilizată pentru aplicare nazală prezenţa unei concentraţii semnificative în laptele matern este puţin probabilă. Oricum utilizarea de dipropionat de beclometazon în timpul perioadei de lactaţie necesită evaluarea ratei risc - beneficiu atât pentru mama cât şi pentru copil. **Efecte asupra capacităţii de a conduce vehicule şi de a folosi utilaje** Nu sunt relevante. **Reacţii adverse** Reacţiile adverse sistemice sunt puţin probabile datorită dozelor scăzute utilizate. Cu toate acestea, o atenţie deosebită se acordă utilizării prelungite a produsului menţinând pacientul în strictă supraveghere pentru a detecta din timp posibilele efecte sistemice (osteoporoza, ulcerul peptic, manifestări clinice secundare insuficienţei corticosuprarenale cum sunt hipotensiune arterială şi scăderea ponderală). Ca şi pentru alte preparate nazale pot apărea arsuri topice, iritaţii, uscărea mucoasei şi rareori epistaxis. În cazuri foarte rare s-a raportat perforarea septului nazal în urma aplicării nazale a corticosteroidelor. De asemenea în cazuri rare creşterea tensiunii intraoculare şi glaucom au fost asociate cu aplicarea de dipropionat de beclometazon. Ocazional, pot să apară micoze (candidoze) la nivelul cavităţii orofaringiene, care, în general, dispar prin tratament local antimicotic fără întreruperea tratamentului. Apariţia frecventă a acestor infecţii, poate fi prevenită prin clătirea cu apă a cavităţii bucale după fiecare administrare. De asemenea, au fost raportate foarte rar, reacţii alergice cum sunt erupţii cutanate, urticarie, prurit, edem al pleoapelor, ochilor, feţei gurii şi faringelui. Ca şi în cazul administrării inhalatorii a altor medicamente, poate să apară bronhospasm paradoxal. **Sopradozaj** Administrarea unor doze ridicate de beclometazon dipropionat pe o perioadă scurtă poate duce la supresia funcţiei hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenală. În acest caz doza de RinoClenil va fi redusă imediat la doza recomandată. **Lista excipienţilor** Polisorbat 20, celuloză microcristalină, carboximetilceluloză sodică, clorură de benzalconiu, alcool feniletic, glucoză monohidrat, apă purificată. **Incompatibilităţi** Nu se cunosc. **Perioada de valabilitate** 3 ani. **Precauţii speciale pentru păstrare** A se păstra în ambalajul original. **Natura şi conţinutul ambalajului** Cutie cu un flacon din PET, de culoare brună, cu capacitatea de 35 ml, a 30 ml (200 doze) spray nazal, suspensie, prevăzut cu pompă dozatoare din polietilenă. **Deţinătorul APP nr. 12365/2019/01** : Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A 43122 Parma, Italia. Data ultimei reînnoiri a autorizaţiei: August 2019. Data revizuirii textului: August 2019. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripţie medicală - PRE. Pentru informaţii complete despre produs, vă rugăm să consultaţi Rezumatul Caracteristicilor Produsului. Profesioniştii din domeniul sănătăţii sunt rugaţi să raporteze orice reacţie adversă suspectată prin intermediul sistemului naţional de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenţiei Naţionale a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale <http://www.anm.ro>.

Acest material promoţional este destinat profesioniştilor din domeniul sănătăţii.

001/CR/RINOCLENIL/04-2020

 Chiesi

Chiesi România – Member of Chiesi-Emillon Group
Tel: +40 21 207 15 62 – Fax: +40 21 407 16 94
Chiesi România SRL – Str. Veneţia nr.10, sector 1
0118 94 – Bucureşti – România
www.chiesi.ro – www.fdaem.com



**INDIFERENT DE ANOTIMP
PENTRU TOATA FAMILIA
ÎNCEPÂND DE LA 6 ANI**

**Până la 50 DE ZILE DE TRATAMENT
pentru PROFILAXIA și TRATAMENTUL
RINITEI ALERGICE și RINITEI NON-ALERGICE**

RinoClenil 100

beclometazonă 100 µg/doză • spray nazal • suspensie

Material destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

001/CR/RINOCLENIL/04-2020

 **Chiesi**

Chiesi România – Member of Chiesi Eastern Europe
Tel +40/21 202 36 42 – Fax +40/21 202 36 43
Chiesi România SRL – Str. Venezuela nr.10, sector 1
011834 – București – România
www.chiesi.ro – www.chiesi.com



Sun Wave
Pharma



TRIPLĂ ACȚIUNE PENTRU SINUSURI



Sun Wave Pharma

BIO-SUN[®]
INSTANT



10 plicuri cu pulbere erodispersabilă
Supliment alimentar cu îndulcitori



TEAR & EAT

ALIATUL INSTANT AL ANTIBIOTICULUI

Metodă chirurgicală în premieră: ablația exclusiv endoscopic transcutanat minim invaziv a unei tumori orbitare

Adenomul pleomorf este cea mai frecventă tumoră benignă intraorbitară. Diagnosticul clinic și imagistic precis, urmat de excizia chirurgicală adecvată duce la un prognostic excelent în marea majoritate a cazurilor. Vă prezentăm în această lucrare abordul minim invaziv transcutanat endoscopic, printr-o incizie de 20 mm și debulking tumoral endoscopic cu respectarea capsulei pentru ablația unei formațiuni tumorale orbitare în contact cu nervul optic drept.



Dr. Bogdan Mocanu

Medic Primar, Doctor în Științe Medicale, Coordonator Compartiment ORL, Brain Institute - Spitalul Monza București

Pleomorphic adenoma is the most common benign intraorbital tumor. Diagnostic based on clinic and imagistic specific signs, followed by a proper surgical excision lead to an excellent prognosis in the vast majority of cases. This paper presents a minimally invasive endoscopic transcutaneous approach, through a 20 mm incision, tumor endoscopically debulking, keeping the tumor capsule intact, complete resection of the tumor after detachment it from the right optic nerve.

Cea mai frecventă tumoră benignă dezvoltată intraorbitar este adenomul pleomorf de glandă lacrimală, o tumoră benignă mixtă formată din componente epiteliale și mezenchimale. Aceste formațiuni se caracterizează printr-o creștere lentă și nedureroasă. Având originea la nivelul glandei lacrimale, în mod uzual adenoamele pleomorfe se dezvoltă în cadranul supero-extern al orbitei, extraconal, deplasând globul ocular inferior și lateral. Tumorile voluminoase determină în cele din urmă apariția diplopiei.

Deși benigne, aceste tumori epiteliale au tendința de a recidiva și de a suferi o transformare malignă în cazul în care nu sunt excizate complet.

Imagistica de elecție în diagnosticarea adenoamelor pleomorfe este RMN-

ul. Acestea apar ca leziuni izointense cu margini bine delimitate.

Dacă descoperirile radiografice și concluziile clinice sunt sugestive pentru adenom pleomorf, nu este recomandată o biopsie diagnostică, deoarece poate avea loc o însămânțare a căii de abord și o reparație ulterioară a adenomului. O rată de recurență de până la 30% pe cinci ani a fost raportată în cazurile în care s-au prelevat biopsii aspirative.

Tratament

Intervenția chirurgicală prin orbitotomie este elementul principal al tratamentului, cu rezecția completă a capsulei tumorale. Îndepărtarea incompletă a capsulelor în momentul intervenției chirurgicale poate duce la o rată semnificativ ridicată de recurență în cavitatea orbitală. Reparația este și mai dificil de tratat, deoarece acestea sunt adesea multiple și se infiltrază în structurile orbitare normale, lăsând exentratia orbitară ca singura opțiune terapeutică în unele cazuri.

Prognosticul este excelent atunci când leziunea este complet excizată cu o capsulă intactă. Rata de recidivă mai mică de 3% după 5 ani în astfel de cazuri.

Radioterapia, deși nu este folosită în mod obișnuit, poate fi luată în considerare în cazul unor leziuni recurente sau reziduale.

În lucrarea actuală vă prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 27 de ani, care se prezintă în spitalul nostru pentru apariția unei formațiuni tumorale orbitare drepte, extraconală, ce determină exoftalmie inferolaterală, senzație de ple-

nitudine orbitară și diplopie (Fig. 1 a, b). Afirmativ formațiunea a apărut în urmă cu aproximativ 5 luni cu progresie volumetrică lentă.

Pacientul efectuează examen IRM cerebral care evidențiază o formațiune înlocuitoare de spațiu de 22/24/21 mm, dezvoltată extraconal de la nivelul glandei lacrimale drepte. Formațiunea exercită efect de masa asupra mușchiului drept lateral și drept superior, deformează globul ocular și intră în contact cu nervul optic drept în regiunea lui retrobulbară.

Se decide și se practică o intervenție chirurgicală minim invazivă, abord endoscopic printr-o incizie subpranceanoasă fronto-zigomatică dreaptă de aproximativ 2 cm cu evidențierea rebordului osos a periorbitei și a glandei lacrimale.

Se pătrunde endoscopic în profunzimea orbitei, dimensiunile tumorii raportate la abordul minim invaziv, fac necesar un debulking tumoral. După descoperirea polului anterior al formațiunii, se incizează capsula și se explorează endoscopic interiorul tumorii (Fig. 2). Cu ajutorul microdebriderului (lama de 2mm) se evacuează o bună parte din țesutul tumoral, respectând cu strictețe capsula.

În urma debulkingului tumoral formațiunea devine manevrabilă intraorbitar, se detașează cu ușurință de pe mușchiul drept superior și drept lateral și se decolează capsula sub control endoscopic cu optica de 00 de pe nervul optic drept. Formațiunea este extirpată în totalitate și se trimite piesa la examene HP și IHC.

Hemostaza eficientă cu ajutorul cauterului monopolar 7w și a celui bipolar 5w. Sutura în 2 straturi, intradermică la

Distribuitor exclusiv în România al produselor



Dotare completă pentru cabinet ORL



Vestibulogie & Endoscopie

Echipeament pentru diagnosticare



ED500



ED200



ED510



Sistem video & software

Pedală wireless

Panou

Unit-uri ORL complet echipate



- Unit-uri compacte, ergonomice, prevăzute cu roți pivotante (pentru a asigura o mobilitate sporită), independente de orice sursă de lumină;
- Structură metalică solidă, vopsită în câmp electrostatic, rezistentă la zgârieturi;
- Braț articulată cu consolă de susținere cu până la 4 piese de mână și display electronic pe consolă, cu funcție de afișaj al parametrilor;
- Sistem de aspirație cu compresor cu o capacitate de până la 70l/min, cu recipient pentru colectare;
- Sistem de insuflație, cu posibilitate de acționare la pedală, cu pornire/oprire la ridicarea piesei de mână din suport;

- Modul de spălături auriculare, cu încălzirea apei la 37°C, și rezervor de 2 litri;
- În funcție de model, unit-ul poate fi echipat cu suport pentru microscop de examinare și suport pentru monitor LCD pentru vizualizarea imaginilor de la camera de video-endoscopie;
- Surse de lumină LED cu conexiune pentru cablu cu fibră optică sau pentru endoscop/fibroscoop.

*** În funcție de varianta aleasă a unitului, se pot pune diverse accesorii necesare diagnosticării și tratamentului în domeniul ORL.**

Fotolii ORL



- Fotolii ORL pentru examinare și mici intervenții
- Fotolii ORL cu structură solidă, acoperită cu forme din plastic termoformat, pentru un aspect plăcut;
- Capacitate de până la 200 kg, asigurând stabilitate și siguranță;
- Modelele de vârf oferă și poziția Tredelenburg, utilă în micile intervenții chirurgicale;
- În funcție de model, înălțimea și toate segmentele sunt reglabile electric prin intermediul unui panou de comandă;

- Topul și brațele capitonate și acoperite cu scai lavabil, 34 de nuanțe de culori disponibile, din care 10 metalizate.

București

Str. Giuseppe Garibaldi
nr. 8-10 sector 2, 020223
București, România
Tel.: +40 21 3119161/62
Fax: +40 21 3119163
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Timișoara

Str. Coriolan Brediceanu nr.
31b, Timișoara, 300012
Județul Timiș, România
Tel.: +40 720 393269
Fax: +40 256 110233
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Iași

Str. Sfântul Lazăr nr. 27,
Biroul 114, Iași, 700045
Județul Iași, România
Tel: +40 725 119393
Fax: +40 21 3119163
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Chișinău

Piața Dimitrie Cantemir
nr.1, Oficiul 1427, Chișinău,
Republica Moldova
Tel.: +373 22 996010
Fax: +373 22 996011
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

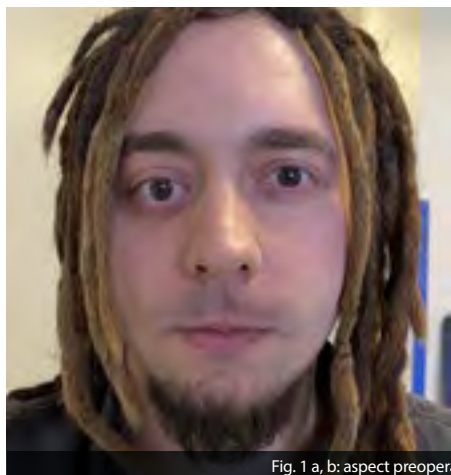


Fig. 1 a, b: aspect preoperator clinic si imagintic (RMN)

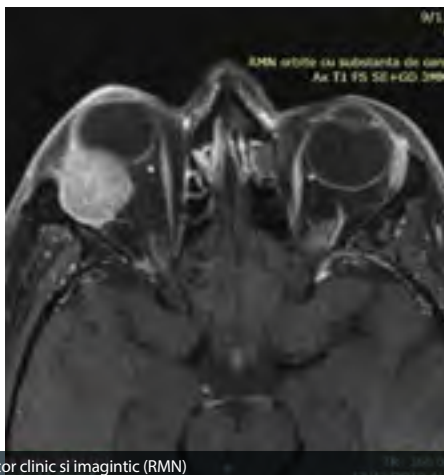


Fig. 2 a, b – abordul endoscopic al orbitei



Fig. 3 a, b: aspectul clinic si imagintic RMN imediat postoperator



nivelul tegumentului (Vicryl 5.0) și aplicație de SteriStrip la nivelul plăgii.

Imediat postoperator pacientul efectuează examenul IRM cranian care confirmă rezecția tumorală completă.

Examenul microscopic pune în evidență o formațiune tumorală bine circumscrișă la periferie de țesut fibroconjunctivo-adipos, reprezentată de două componente: una epitelială alcătuită din formațiuni glandulare de dimensiuni va-

riate, pe alocuri cu spații glandulare ramificate, colabate, tapetate de două rânduri de celule, epiteliale și mioepiteliale lipsite de atipii, asociată cu o componentă mezenchimală cu zone laxe, mucinoase cu celule fuziforme, focal cu metaplasie condroidă, osoasă și scuamoasă.

Testarea imunohistochimică stabilește diagnosticul de adenom pleomorf de glandă lacrimală, cu Ki 67 - pozitiv cu index nuclear de 6%

Concluzie

În timp ce tumorile lacrimale sunt în general rare, adenomul pleomorf este cea mai frecventă tumoră epitelială care se găsește intraorbital. Diagnosticul clinic și imagistic precis, urmat de excizia chirurgicală adecvată duce la un prognostic excelent în marea majoritate a cazurilor. Recidiva locală este adesea rezultatul unei excizii incomplete sau a unor manevre intempestive de biopsie preoperatorie.

* Imaginile clinice și imagistice au fost publicate prin amabilitatea și având acordul scris al pacientului.

Bibliografie:

1. Antony J., Gopalan V., Smith R.A., Lam A.K. Carcinoma ex pleomorphic adenoma: a comprehensive review of clinical, pathological and molecular data. *Head Neck Pathol.* 2012;6(1):1–9.
2. Binatli Özcan, Onur Yaman, Nail Özdemir, Işın Gökçöl Erdoğan. Pleomorphic adenoma of the lacrimal gland. *J Surg Case Rep.* 2013;13(10):rjt089.
3. Iyeyasu J., Reis F., Altemani A., Monteiro de Carvalho K. An unusual presentation of lacrimal gland pleomorphic adenoma. *Rev Bras Oftalmol.* 2013;72(5):338–340.
4. Mendoza P.R., Jakobiec F.A., Krane J.F. Immunohistochemical features of lacrimal gland epithelial tumors. *Am J Ophthalmol.* 2013;156(6):1147–1158. e1.
5. Rose G.E., Wright J.E. Pleomorphic adenoma of the lacrimal gland. *Br J Ophthalmol.* 1974;58:14. Moore K., Dalley A.F., Agur A.M. *Clinically oriented anatomy.* 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, MD and Philadelphia, PA: 2010. Chapter 7: head; pp. 892–893. (accessed 11/4/17)
6. Vahdani K, Rose GE. Palpebral Pleomorphic Adenomas of the Lacrimal Gland. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2020 May 4. doi: 10.1097/IOP.0000000000001682.
7. Weis E., Rootman J., Joly T.J. Epithelial lacrimal gland tumors: pathologic classification and current understanding. *Arch Ophthalmol.* 2009;127(8):1016–1028.

TEHNOLOGIE MEDICALĂ PENTRU VIITOR SERVICE ECHIPAMENTE MEDICALE



UNIT ORL
Micronic
Combi



Noua generație
a unit-urilor ORL

Derivat dintr-o linie lungă de modele, unitatea de tratament **FUTURENT III®** este proiectată ergonomic pentru a simplifica procedurile ENT OPD, pentru a îmbunătăți considerabil eficiența și a reduce oboseala utilizatorilor în camera de consultanță / tratament ORL

UNIT ORL
Micronic 50



**DISTRIBUTOR
EXCLUSIV**



Limite în tratamentul chirurgical al carcinomului anaplazic tiroidian

Glanda tiroidă, care are o greutate de 30-50 g, poate să dezvolte tumori gigante care să creeze foarte mari probleme chirurgicale. Elementele de delicatețe în chirurgia tiroidei sunt reprezentate de vascularizația bogată, raportul cu nervii laringei recurenți și cu glandele paratiroide. În clasificarea tumorilor tiroidiene ne vom referi la acest tip de carcinom anaplazic care reprezintă o formă rară, dar extrem de agresivă de cancer tiroidian.



Dr. Daniela Vrinceanu

Medic Coordonator
Compartiment ORL,
Spitalul Universitar
de Urgență București

În calitate de chirurghi cervicali, preferăm întotdeauna o explorare imagistică performantă - fie examen CT, fie RMN cu contrast iv - care ne oferă informații detaliate legate de adenopatii și posibila extensie mediastinală a unei tumori tiroidiene. Principiile terapeutice în tumorile tiroidiene maligne sunt cunoscute, dar noi ne referim acum la o formă de cancer tiroidian rezistentă la iodul radioactiv. Aceasta trebuie tratată practic ca orice carcinom de cap și gât, postoperator cu radioterapie externă și cu chimioterapie adjuvantă sau asociată radioterapiei.

Carcinomul anaplazic tiroidian reprezintă 1-2% dintre cancerelor tiroidiene. El poate debuta ca o gușă sau ca un carcinom diferențiat. Este mai frecvent la femei, mai des la persoane peste 60 de ani, poate fi asociat cu expunerea la radiații într-un interval lung de timp, apropo de accidentul de la Cernobâl. În 90% dintre cazuri, la momentul diagnosticării, carcinomul anaplazic tiroidian prezintă metastaze ganglionare. Menționez că în cancerelor de cap și gât, prezența adenopatiei la momentul diagnosticului reduce la jumătate șansele de supraviețuire. Prognosticul în carcinomul anaplazic tiroidian este foarte rezervat, toate datele din literatură arătând o rată de supraviețuire medie de 6 luni de la momentul diagnosticului. Practic numai 1 din 5 pacienți supraviețuiește până la 1 an din momentul diagnosticului. Acest tip de carcinom este clasificat de la început ca

fiind în stadiul IV TNM, din care stadiul IVA înseamnă că tumora este doar în tiroidă, stadiul IVB înseamnă prezența adenopatiei doar la nivelul gâtului, iar în stadiul IVC avem determinări la distanță.

Foarte caracteristic în această boală sunt durerile cervicale, iar ele trebuie să fie întotdeauna un semnal de alarmă în evoluția unei guși care poate a stat liniștită o perioadă îndelungată. Examenul clinic al unui asemenea pacient relevă de obicei o paralizie recurențială precoce, cu tulburări respiratorii, invazie traheală într-un sfert din cazuri. Un carcinom tiroidian anaplazic ajunge aproape întotdeauna la traheotomie, o intervenție rară la alte tipuri de cancer tiroidian. În cazul despre care vorbim, boala se extinde rapid pe cale hematogenă și limfatică, iar tumora primitivă tiroidiană poate ajunge la dimensiuni gigantice.

Carcinomul anaplazic tiroidian este foarte rezistent la tratament. Tipurile de tratament utilizate ca arsenal terapeutic în carcinomul anaplazic tiroidian sunt chirurgia radicală, radioterapia externă, chimioterapia. Subliniez că sunt foarte utile terapiile personalizate. Am avut câteva cazuri și ne-am simțit destul de limitați terapeutic și atunci am căutat în literatură variante de tratament.

În general nu există un consens de tratament în carcinomul anaplazic, dar - pentru boala operabilă - o combinație între chirurgia radicală, radioterapia externă și chimioterapia adjuvantă pare să fie cea mai bună strategie terapeutică.

În ceea ce privește chimioterapia, sunt implicate mai multe categorii de medicamente. Viitorul va aduce soluții mai ales la acest capitol pentru că, practic, tratamentul chirurgical este limitat. Trebuie îmbunătățit și accesul pacienților la terapie, pentru că pacientul cu carcinom anaplazic poate

fi considerat o urgență de diagnostic și tratament. De asemenea, subliniem ideea de echipă multidisciplinară, antrenată în acest tip de patologie, care poate scurta niște intervale de timp prețioase în inițierea și efectuarea intervenției chirurgicale potrivite.

În ceea ce privește tratamentul chirurgical al carcinomului anaplazic tiroidian, în general vorbim de tumori gigante tiroidiene care reprezintă o provocare, dar și o mare încercare pentru toți cei implicați: pacient - chirurg - anestezist. Vorbim de guși cu o evoluție uneori îndelungată, care înglobează structuri vasculare și nervoase cervicale, care au avut un puseu evolutiv recent și cred că este foarte important ca indicația chirurgicală să fie corect pusă. Este foarte importantă existența unei echipe interdisciplinare pre, intra și post operatorie, din care trebuie să facă parte endocrinologul, chirurgul toracic cu care operăm obligatoriu partea de extensie mediastinală a tumorii și pentru diseția mediastinală, anestezistul, radioterapeutul și oncologul. Este nevoie în echipă de un anestezist antrenat pentru că pacienții de acest tip sunt greu de intubat și o traheotomie preoperatorie nu este posibilă întotdeauna. Intubația este în general dificilă și se face pe bronhoscop, iar întotdeauna, la sfârșit, este necesară o traheotomie tactică. Sunt pacienți la care sângerarea este importantă și trebuie să avem produși de sânge rezervați dinainte de intervenție. Echipa chirurgicală trebuie să fie bine antrenată fizic și psihologic și să aibă o experiență câștigată în timp. Timinul este dificil în astfel de operații.

Vă prezentăm 2 cazuri.

Un pacient de sex masculin, de 59 de ani, cu o tumoră tiroidiană de lob stâng gigantică, cu evoluție de peste 5 ani. Deși o persoană educată, când l-am văzut prima oară avea un CT cervical vechi de 3 ani în care

RADIOCHIRURGIE

Tehnologie Americană Patentată 4,0 MHz

Avantaje

- Vindecare rapidă
- Incizie fără presiune
- Incizie și coagulare simultană
- Disecția țesutului fără producerea arsurilor
- Elimină durerea postoperatorie
- Reducerea semnificativă a riscului de infecție și al apariției hematoamelor
- Proceduri chirurgicale reduse ca durată
- Reduce disconfortul pacientului și tratamentele postoperatorii
- Siguranța chirurgului și a pacientului: măsurile de siguranță sunt minime în comparație cu laserul
- Rezultate estetice superioare în comparație cu laserul și electrochirurgia
- Posibilitatea de a îndoi, de a adapta forma electrodului activ, în funcție de variațiile anatomice sau pentru a opera în cavități
- Costuri minime de întreținere
- Ușor de utilizat



Proceduri comune

- Otoplastie
- Epistaxis (rinoragie)
- Reducția la baza limbii
- Adenoidectomie
- Tonsilectomie
- Tratarea amigdalelor
- Rinoplastie
- Rinofima
- Miringotomie
- Implant bărbie
- Liftingul frunții
- Microlaringe
- Extirpare polipi nazali
- Microchirurgie endonazală
- Tumori bucale
- Leziuni intrabucale
- Criptoliza
- Fixare palatală
- Uvulopalatoplastie
- Reducție turbinală
- DCR
- RAUP
- Blefaroplastie
- Sindrom Synechia
- Timpanotomie
- Leziuni ale pleii

se descria deja o tumoră de peste 10 cm. La aceasta se practicase o biopsie incizională în urmă cu 2 luni și primise un diagnostic de carcinom papilar tiroidian, la care iodul radioactiv era contraindicat datorită volumului mare tumoral; avea o tireoglobulină cu valori enorme. A fost îndrumat către chirurgie pentru a se reduce masa tumorală, în ideea de a i se putea aplica iodul radioactiv. Pacientul avea o stare generală bună, cu discretă dispnee în decubit dorsal, disfonie, cu paralizie recurențială stângă și dureri cervicale. Bolnavul prezenta această tumoră gigantă antero-latero-cervicală și supraclaviculară stângă, de aproximativ 20 cm în axul lung, cu deformarea regiunii cervicale și limitarea mișcărilor capului. Pe imagistică se observă deplasarea completă a laringelui și liza aripii tiroidiene de partea tumorii și, de asemenea, o leziune pulmonară cu aspect de determinare secundară. Am completat investigația cu un RMN pentru a obține detalii mai multe legate de vase. Am făcut un bilanț complet și pentru că în patologia tumorală cervico-facială apelăm deseori la colegii noștri din Departamentul de Radiologie intervențională pentru embolizare tumorală preoperatorie, am folosit această metodă și am apelat la această embolizare tumorală preoperatorie pe artera tiroidiană superioară și pe trunchiul tirocervical stâng. Am reușit ablația radicală a tumorii cu sacrificarea nervului recurent stâng și cu disecție radicală a gâtului pe partea stângă. Am făcut echipă mixtă cu chirurgul toracic, intubația a fost pe bronhoscop, pacientul a avut o sângerare intraoperatorie destul de importantă, care a necesitat transfuzie intraoperatorie. În urma exciziei a rezultat o piesă de 675 g, durata intervenției a fost de 10 ore. Evoluția postoperatorie imediată a fost relativ favorabilă, am menținut pacientul intubat încă 12 ore pentru că nu știam cum reacționează celălalt recurent, având în vedere că recurentul de pe partea stângă fusese secționat. Bolnavul a prezentat postoperator o tensiune arterială foarte mare prin criză tireotoxică datorată masajului tumoral, dar care s-a remis, o paralizie recurențială stângă și a fost supus unui tratament de substituție cu hormoni tiroidieni. A urmat externarea după o evoluție chirurgicală simplă. Rezultatul histopatologic extemporaneu a fost de carcinom capilar, dar rezultatul la parafină a fost de carcinom papilar în proporție de 30%. Nefiind perfect edificați, am îndrumat pacientul pentru imunohistochimie în urma căruia diagnosticul a fost de carcinom

anaplastic dezvoltat din carcinom papilar cu indicație de radioterapie externă. Am revăzut pacientul la 6 luni, când prezenta o recidivă ganglionară supraclaviculară stânga, de 3,5 cm, cu un sindrom Horner stâng și cu algie cervicală de tip malign, iar determinările secundare pulmonare erau în evoluție. Pacientul a rămas în continuare în chimioterapie și a ieșit din evidențele noastre.

Al doilea caz este un pacient de sex feminin, cu o gușă polinodulară neglijată, cu evoluție de ani de zile, cu creștere bruscă în ultimele 6 luni. Diagnosticul formulat după puncție citologică (aspirație cu ac subțire) a fost de carcinom papilar tiroidian, iar dozările hormonale au indicat hipertiroidie care a necesitat compensare. Pacienta s-a prezentat cu stare generală medie, dispneică în decubit dorsal, disfonică, cu disfagie severă, aproape completă, cu dureri cervicale și, foarte important, cu sindrom Gerhardt, cu un spațiu respirator practic de 5 mm care impuneau o soluție terapeutică, practic o traheotomie prin această masă tumorală era ieșită din discuție. Am adoptat ca strategie compensarea hipertiroidismului și ne-am propus o intervenție chirurgicală radicală. Examenul CT cervical prezenta caractere de agresivitate, cu liză osoasă, cu multe calcificări. Spațiul respirator la nivelul traheei era extrem de limitat și ceea ce ne-a atras foarte mult atenția a fost un aspect tumoral, practic greu de distins între esofag și trahee. Ne-am imaginat că este vorba de o prelungire tumorală între esofag și trahee cu extensia presternală. Am intervenit împreună cu colegii de la Chirurgie toracică. În asemenea intervenții complexe și de durată mare e bine să fim o echipă formată din 4 chirurghi pentru a rezista efortului fizic foarte mare.

Am făcut preoperator toate consulturile implicate, consult endocrinologic, consult oncologic, consult de boli interne, de chirurgie toracică și de terapie intensivă. Așa cum spuneam, sindromul Gerhardt impunea o soluție chirurgicală, era practic o urgență amânată. Am intervenit chirurgical cu ablația radicală a tumorii tiroidiene, am practicat o tiroidectomie totală lărgită la un nodul tumoral în peretele anterior al esofagului, cu disecție radicală a gâtului de tip radical modificat, adică nu a fost nevoie să rezecăm vena jugulară și nervul spinal. La sfârșitul intervenției s-a efectuat traheotomie de necesitate. Am identificat nervii recurenți bilaterali în masa tumorală, la intrarea în laringe. În stratul muscular longi-

tudinal al esofagului am identificat un nodul tumoral. Sângerarea intraoperatorie a fost moderată, deși aici nu am apelat la angiografie ca în cazul precedent. Am considerat că embolizarea tumorală selectivă preoperatorie în patologia tumorală tiroidiană nu e eficientă pentru că tiroida este o glandă cu o vascularizație extrem de intensă și cu colaterale stabilite extrem de rapid. Operația a avut o durată a intervenției de aproximativ 8 ore. Având în vedere invazia tumorală la nivelul esofagului, s-a practicat la 48 de ore și gastrostomia de alimentație. În evoluția postoperatorie imediată am făcut tratament de substituție, cu vindecare chirurgicală simplă și externare la 14 zile. Rezultatul examenului histopatologic extemporaneu - atât la nodulul trimis separat cât și la adenopatie - a fost de sarcom tiroidian. Rezultatul la parafină a fost de carcinom anaplastic dezvoltat pe un carcinom papilar. Confuzia cu sarcomul pe undeva este justificată pentru că este tot un tip tumoral cu celule fusiforme. Din păcate, această pacientă, necompliantă terapeutic și cu o condiție socială modestă, a prezentat la două luni de la operație o recidivă tumorală loco-regională cu evoluție fulminantă. De la un mic nodul, în 2-3 săptămâni tumora a crescut exploziv, cu invazia traheei care a condus la exitus.

Din punct de vedere chirurgical, doresc să menționez că atunci când avem o leziune certă recurențială pe o parte, cred că este foarte important să gândim ce trebuie făcut cu celălalt recurent, pentru că poate, chiar dacă nu lezăm chirurgical al 2-lea recurent putem să avem o paralizie recurențială bilaterală care să impună o traheotomie. Astfel, există uneori situații când este bine să ne abținem de la disecția celui de-al doilea recurent sau să facem o disecție subcapsulară.

Carcinomul anaplastic tiroidian poate fi considerat o urgență de diagnostic și tratament. Trebuie acordată o mare atenție gușilor cu evoluție îndelungată și cu expansiune bruscă. Tratamentul chirurgical radical este esențial, cu echipe multidisciplinare antrenate. Rezultatul examenului histopatologic și imunohistochimic trebuie să ne parvină în timp util. Tratamentul oncologic adjuvant poate să ofere noi resurse, în condițiile în care există limite chirurgicale. Protocolul terapeutic trebuie judecat pentru fiecare caz în parte.

Prezentarea a avut loc la conferința
ENDOCRINOLOGIA LA INTERFERENȚA DINTRE SPECIALITĂȚI
RAMADA, 14-15 FEBRUARIE 2020 BUCUREȘTI



Nisita®

SPRAY ȘI UNGUENT

TANDREȚE ȘI IGIENĂ PENTRU UN NAS SĂNĂTOS

Potrivit pentru femei gravide și sugari
Nisita®

Mentține gradul de hidratare al mucoasei nazale și acționează ca un filtru pentru potențialii agenți iritanți:

- virusuri;
- bacterii;
- alergeni.

De ce **Nisita®**:

- soluție izotonică;
- potrivit pentru o utilizare îndelungată;
- poate fi utilizat la nou născuți și copii mici.

Sindromul eșecului în chirurgie

Chirurgia este una dintre multiplele ramuri medicale, fiind o metodă terapeutică, de cele mai multe ori radical-curativă. Ea se folosește de mijloace tehnice din ce în ce mai sofisticate în scopul realizării scopurilor propuse, cu cât mai puține efecte nedorite pentru pacient. Chirurgia este profund dependentă de progres și a fost marcată pozitiv de fiecare etapă de dezvoltare a medicinei. Iată principalele revoluții moderne care au marcat considerabil progresele chirurgiei. Le enumerăm pe scurt.

E. Brătucu, Cl. Doha, M. Marinceș, Sânziana Ionescu, V. Prunoiu

- Anestezia generală - W. Morton 1846. Astăzi a devenit posibilă îndeplinirea dezideratelor patruleterului anestezic: analgezie, hipnoză, relaxare musculară și menținerea homeostaziei. Principala limitare a chirurgiei era durerea de care era însoțită. Aceasta condiționa timpul scurt în care trebuia să se desfășoare actul operator. Anestezia generală a permis un salt uriaș în amploarea actului chirurgical.
- Antibioticele - Este meritul lui Domagk care descoperă sulfonamidele în 1935 și al lui Fleming care în 1928 descoperă penicilina, introdusă în practică de către H. Florey și E. Boris Chain în 1942. Din acel moment chirurgia a avut la îndemână o puternică armă de combatere a uneia din cele mai agresive complicații postoperatorii - infecția. Acest arsenal -antibioticul - a generat un marcant surplus de încredere în lumea chirurgicală. Din acest moment totul s-a accelerat în termeni de progres, totul a devenit posibil.
- Imagistica de performanță - începuturile imagisticii revin radiologiei, meritele aparținând lui W. Conrad Roentgen. (1895). Relativ recent a apărut radiologia digitală și radiologia EOS, aceasta din urmă oferind imagini de ansamblu ale corpului, din față, profil și, mai ales, tridimensionale. Despre computere tomograf și rezonanță magnetică nucleară nu mai este nevoie a le sublinia performanțele și valoarea. Există actualmente o serie întreagă de programe care generează reconstrucții și substrații. Se obțin imagini de mare acuratețe ale organelor, informații asupra structurilor și vascularizației

acestora. A devenit astfel posibilă reconstrucția 3D pentru fiecare zonă de interes. Mai modestă, ecografia face și ea pași pe drumul ameliorării sensibilității, dar nu este încă o investigație de ultimă etapă exploratorie. În fine, a apărut scannerul, care oferă imagini color 3D, pe baza unei tehnologii care utilizează un accelerator de particule de mare putere prin tehnica Medpixon. Metoda aparține lui Phill și Anthony Butler, tată și fiu din Noua Zeelandă.

Folosind mijloacele enumerate până acum - anestezie, antibiotice, imagistică - limitele chirurgiei s-au largit. A devenit astfel posibilă tratarea unor situații patologice de mare risc. În susținerea pacientului de mare risc a intervenit și terapia intensivă.

- Terapia intensivă - susținerea și suportul bolnavului chirurgical este astfel asigurată printr-o serie de mijloace tehnice indispensabile pentru a corecta disfuncțiile de organ preexistente sau apărute intra și postoperator. A enumerat aici toate resursele în tratamentul pacientului critic este imposibil.
- Endoscopia - nu există segmente sau organe cavitate care să nu poată fi abordate endoscopic, prin obținerea de imagini în timp real: toracoscopie, laparoscopie, mediastinoscopie, bronhoscopie, endoscopie digestivă etc. Tehnologia endoscopică a avansat rapid, iar astăzi oferă șansa unor procedee terapeutice de mare succes în domeniul patologiei digestive, urinare, bronhopulmonare etc.
- Laparoscopia - în fapt este tot o metoda de endoscopie dar utilizată doar de către chirurghi. Este o tehnică în dezvoltare rapidă: chirurgie digestivă, chirurgie bariatrică, a toracelui și mediastinului.
- Transplantul de organe - după pri-

mele tentative de transplant renal, în anii 1960 a urmat celebrul transplant de cord în 1967. Abia din 1980 transplantul a câștigat teren, astăzi fiind una dintre cele mai mari realizări în domeniul medical. Pentru a avea doar o idee despre ce este azi transplantul de organe, aproximativ 600.000 de transplantate sunt realizate anual în USA.

Am enumerat până acum doar o parte dintr-o serie întreagă de achiziții moderne care au dus medicina și chirurgia până la locul pe care se află astăzi. Indiferent de progresele remarcabile din chirurgie, responsabilitatea rămâne în totalitate în sarcina chirurgului care efectuează actul operator. De mai mulți ani, în practica medicală au apărut două elemente noi care reglementează actul terapeutic. Este vorba de asigurarea de malpraxis și de consimțământul informat. Aceste reglementări par suficiente și acoperitoare pentru gesturile terapeutice ale chirurgului. Dar nu este chiar așa. Aceste certificate de garanție pentru chirurg sunt valabile, dar și interpretabile. Până unde pot merge cu absolvirea chirurgului de un eventual eșec terapeutic? Dar ce este eșecul în chirurgie? Este cuantificabil? Nemulțumirea pacientului este egală cu eșecul terapeutic? Iată o serie de întrebări care așteaptă răspuns. Eșecul este definit de DEX ca înfrângere, insucces nereusit. Insuccesul în medicină nu poate apărea decât ca urmare a unui act terapeutic Evident că pentru pacient, cea mai nedorită opțiune de tratament este cea chirurgicală. Nici nu este de mirare. În ziua de azi există o ofertă nelimitată de alternative terapeutice pentru care nu se cere calificare medicală: plante medicinale, bioenergie, terapie magnetică, lumină polarizată etc. Pacientul este îndemnat a apela la aceste expediente în speranța

unei vindecări miraculoase, evitând astfel chirurgia. Evocarea unui tratament chirurgical atrage în mod cert o reacție de teamă. Chirurgia presupune un act agresiv care declanșează la pacient reacția naturală a instinctului de conservare. Actul operator se realizează printr-un contact fizic direct între pacient și medicul curant. Este un act radical și de cele mai multe ori curativ. Dar, sigur că rezultatul poate fi acompaniat de o gamă întreagă de riscuri și complicații. Pacientul este obligat să-și dea consimțământul la ceea ce urmează să se întâmple cu el. El trebuie să accepte agresiunea care se va adresa propriei sale anatomii. Cu toate progresele realizate de către chirurgie, riscurile sunt prezente și foarte puțin schimbate: ocluzii, sepsis, hemoragii, fistule, eviscerații, trombembolii etc. Medicul curant va aduce la cunoștința pacientului toată această listă de complicații, greu de ac-

ceptat, dar care va trebui consimțită prin semnătură – consimțământul informat.

Cândva, un celebru chirurg, Rene Leriche spunea: „fiecare chirurg are în suflet un loc plin de amărăciune unde trebuie să caute o explicație pentru eșecurile sale”. El a prevăzut faptul că chirurgia va fi din ce în ce mai dependentă de dezvoltarea tehnologică și că vor apărea subspecialități. Dar, totdeauna va rămâne, de neînlocuit, contactul reconfortant între pacient și chirurgul său: „omul este făcut din simțăminte și carne, dar are nevoie de înțelegere și asistență în momentele sale dificile”. Leriche a subliniat faptul că „era condotierilor în chirurgie a trecut. Azi, cei care fac chirurgie trebuie să fie complet informați asupra pacientului și asupra bolii sale”. Aceste percepțe avansate de către R.Leriche se regăsesc azi în reglementările privind etica actului medical și codurile de deontologie. Chi-

urgia trebuie să evite riscul de a-și pierde sufletul, caracterul umanitar. Toate aceste aspecte le găsim discutate de nume mari din chirurgie, personalități care și-au așternut în scris gândurile despre această nobilă profesie. Enumeram doar câteva nume care și-au adăugat la notorietate și calitatea de memorialiști: James Harpole (nume real James Johnston Abraham), Robert Soupault, Dan Setlacec, Ion Juvara, Tiberiu Ghițescu. Aceștia, în monografiile dedicate chirurgiei s-au pronunțat cu fermitate asupra valorii umane a chirurgiei. Puterea considerabilă a chirurgului, se poate spune chiar colosală, nu trebuie să influențeze cu orice preț decizia terapeutică. Orgoliul profesional se va plăti de către pacient.

Și atunci, care este sindromul eșecului în chirurgie? Lipsa rezultatului terapeutic scontat, așteptat de către chirurg și sperat de către bolnav constituie coordonatele acestui sindrom de insatisfacție a celor doi parteneri, medic și pacient. Bolnavul are tendința să îndrepte vinovăția asupra medicului curant. Pe de altă parte, chirurgul suferă pentru nereușită, eșec pe care de cele mai multe ori nici nu îl înțelege.

Majoritatea complicațiilor generatoare de eșec nu pot fi reținute în sarcina chirurgului.

Pentru că în principiu există două feluri de erori: de fapt și de normă. În prima variantă, medicul curant se achită conștiincios de obligațiile sale, depune toate diligențele de diagnostic și tratament, deci se poate spune că a avut un comportament profesional adecvat, corect. Evoluția complicată, în această variantă, este datorată unor insuficiențe ale medicinei din momentul dat. Cu toate eforturile chirurgului, aplicând protocoale terapeutice corecte, se ajunge totuși la un rezultat cu defect. Rezultă că eroarea de fapt care a determinat eșecul nu ține de calitatea actului medical oferit de către medic și deci nu este imputabilă acestuia. În cealaltă variantă - eroare de normă - se întrunesc condițiile vinovăției. Medicul curant nu respectă protocoalele unanim acceptate, în vigoare, care reglementează comportamentul profesional în situația dată. Deci, se încalcă o serie de norme profesionale, iar aceasta este o greșeală, imputabilă medicului curant. Acesta își îndeplinește datoria cu defect, neprofesionist, creind



un prejudiciu de care este responsabil. Eroarea de normă poate fi comisivă (face ceea ce nu trebuie făcut) sau omisivă (nu face ceea ce trebuie făcut). De aici rezulta culpa, vinovăția, comisivă sau omisivă. Pacientul este obligat, pentru a avea acces la actul medical, să semneze consimțământul informat, alături de medicul curant. Odată semnat, acest consimțământ este acoperitor pentru riscurile inerente, justificate, ale actului medical pe care pacientul îl accepta conștient la ce urmează a se supune. Este informat. Dar acest consimțământ nu absolvă de greșile medicale, adică de erorile comisive sau omisive, care se constituie în greșeli. La modul sintetic, cam așa stau lucrurile în cazul eșecului în chirurgie.

Conform lui Graham Greene „eșecul este o formă de a muri”, dar și șansa de a încerca din nou. Se zice de către unii că frica de eșec este motorul progresului. Posibil. În 2008 a fost publicată o lucrare privind „Răspunderea profesională medicală”, prin strădania Colegiului Medicilor din România, sub coordonarea doamnei profesor Beatrice Ioan, președinta Comisiei Superioare de Disciplină, la acel moment. Materialul prezentat este amplu și abordează problemele esențiale ale răspunderii medicale. Autorii afirmă pe drept cuvânt că „un medic timorat, îngrozit de răspunderea profesională va aborda cele mai puțin riscante procedee, dar care adesea sunt și cele mai puțin utile. Obsesia răspunderii determină eludarea cazurilor grele și degradarea relației medic - pacient”.

Vom încerca să exemplificăm unele situații întâlnite în practica autorilor acestui material.

Pacientă, 72 ani, cu neoplasm de rect documentat anatomo-patologic, situat la 4 cm de orificiul anal, se prezintă la medic și solicită o operație cu păstrarea evacuării pe cale naturală, adică cu păstrarea canalului anal. A refuzat anusul contranaturii. Medicul curant aprobă alegerea pacientului și îi propune rezecția de rect ultrajoasă cu anastomoză colo-anală. Se obține consimțământul informat. Are loc intervenția chirurgicală dorită de pacientă. Postoperator evoluția se complică considerabil: stenoză anastomoză și fistulă colo-vaginală masivă. Au loc două reintervenții executate de către același chirurg, în speranța de a închide fistula și a sancționa stenoza. Nu se obține nici

un rezultat. Pacienta părăsește țara și se adresează unui reputat serviciu de chirurgie din Europa. Din nou se reintervine în dorința de a păstra calea de evacuare anatomică pentru materiile fecale. Rezultat dezastruos. Fistulă colo-vaginală masivă, drastic invalidantă. Reîntoarsă în țară, se efectuează colostomie definitivă cu rezecția canalului anal și a anastomozei colo-anale. Medicul operator roman este reclamat pentru prejudiciile materiale și morale. Urmează ancheta disciplinară. La discuția cu pacienta, aceasta reproșează medicului curant că nu i s-a făcut de la început amputație de rect. I s-a obiectat faptul că dânsa a solicitat imperios păstrarea anusului și a semnat consimțământul informat în acest sens. Pacienta a obiectat că există protocoalele Ministerului Sănătății destinate cancerului de rect, iar acolo se prevede că neoplasmul de rect aflate la 4 cm de orificiul anal trebuie supuse amputației de rect. Medicul curant trebuia să respecte protocolul, chiar dacă pacienta a solicitat o altă procedură. Chirurgul trebuia să fie inflexibil și să rămână în litera reglementării. În această situație se poate susține că chirurgul a respectat normele impuse de reglementările în vigoare? S-au încălcat aceste norme? Evident că da. Chirurgul ar fi trebuit să refuze cererea pacientei, fiind condiționat de respectarea regulamentelor profesionale, norme pe care pacienta, la acea dată a operației, nu le cunoștea. Deci, este vorba de o eroare comisivă, medicul făcând ce nu trebuia să facă.

Tânăr de 25 de ani, adus de urgență la un spital județean cu insuficiență respiratorie acută, în colaps, stare instalată în urma unui accident de muncă - s-a surpat un mal de pământ, determinând traumatism prin compresie toracică. Rapid, s-a documentat hemopneumotorace stâng. A fost stabilizat parțial în terapie intensivă. S-a solicitat chirurgului de gardă, chirurg general, pentru a instala un drenaj pleural prin pleurostomie. Chirurgul de gardă a obiectat că nu are competență în efectuarea pleurostomiei, ceea ce era un neadevăr. Atunci, s-a solicitat transfer la București, dar pacientul a decedat între timp, la poarta spitalului, în salvarea de București. Cum poate fi încadrat acest refuz de implicare ce a condus la decesul unui tânăr? Evident că este o eroare prin omisiune, adică năndeplinirea unei obligații profesionale.

Dar, nu întotdeauna se întâmplă așa. Nu rareori apar situații contradictorii care iau naștere în urma unor vicii de comunicare între pacient / familie și medic. Comportamentul medicului este esențial, de maximă importanță. Se poate spune că este chiar hotărâtor. Familia pacientului se afla în cea mai nedorită situație din viață - boala. Este amenințată însăși existența unui membru al familiei. Riscul de a pierde o persoană dragă modifică și exacerbează dramatic trăirile și comportamentul celor aflați în suferință. Pe acest psihic profund perturbat, în funcție de gravitatea bolii, survine și un mod de comportament impropriu al medicului. Starea conflictuală este rapid constituită și aproape garantată. Comunicarea insuficientă, eliptică, confuză, în termeni aroganți, cu superioritate este capabilă să genereze sentimente de revoltă și resentimente la aparținători. Acestea vor produce efecte și se vor exprima dacă apar complicații și evoluția pacientului este nefavorabilă.

Exemplele pot continua la nesfârșit. Aproximativ 14-17% dintre reclamațiile adresate către Colegiul Medicilor au o susținere reală și corespund adevărului. Sunt înregistrate ca și erori medicale și pun un semn de întrebare asupra comportamentului profesional al medicului respectiv. O atenție crescută din partea profesionistului, compasiunea pentru suferința aproapelui, mândria profesională și respectul de sine sunt singurele soluții viabile pentru a efectua un act medical de calitate și a oferi satisfacții pacientilor. Altfel, în absența acestor criterii de comportament, profesia medicală își pierde valoarea, prestigiul și noblețea care trebuie să o definească.

Bibliografie

- Henry Marsh - Să nu faci rău, ed. LITERA, 2016
- James Harpole - Behind the surgeon's mask, ed. F.A. Stokes Comp., 1940
- James Harpole - La legion blanche, ed. Gerard & Cie, Collection Marabout, 1958
- V. Astărăstoae, Beatrice Ioan, Gh. Borcean, L. Fătu - Răspunderea disciplinară medicală, broșură CMR, 2012
- T. Ghițescu - Chirurgul, Ed. Științifică și Pedagogică, 1979
- R. Soupault - Pleins pouvoirs sur la vie, Ed. Fayard, 1969
- D. Setlacec - Chirurgul și lumea sa, Ed. Albatros, 2004
- I. Juvara - Așa a fost. Amintirile unui chirurg, Ed. Du Style, 1996
- Raluca Mihaela Simion - Malpraxisul medical: oportunitate sau realitate, ed. Humanitas, 2010

Salin

O aventură a cunoașterii pentru sănătate, a realizării unor invenții - un domeniu al terapiilor naturale.

Pentru cei care au probleme respiratorii, pentru părinții care au copii cu probleme respiratorii, pentru tot mai mulți medici de familie sau specialiști, aparatele Salin au intrat într-un normal al utilizării ca o terapie naturală de mare valoare.

Lista afecțiunilor

Pe lângă astm, alergii respiratorii, rinite, sinuzite, laringite, bronșite, lista cuprinde practic toate problemele legate de buna funcționare a aparatului respirator. În afecțiuni ORL, SALIN se arată a fi de mare ajutor în rinite, sinuzite, laringite cu o acțiune generală desensibilizată în probleme alergice. În afecțiuni pneumologice au fost obținute rezultate favorabile în astm bronșic, bronșite astmatiforme, bronșite, bronșectazii, silicoze, recuperări în TBC, mucoviscidoză.

Efectele favorabile

Sunt deosebit de spectaculoase în cazul copiilor.

* mărirea rezistenței generale a organismului la răceli;

* acțiune generală desensibilizantă în probleme alergice;

* de mare ajutor în rinite, sinuzite, laringite;

* rezultate favorabile în astm bronșic, bronșite astmatiforme, bronșite, bronșectazii, silicoze, recuperări în TBC, mucoviscidoză;

* somn liniștit, odihnitor, stare de confort psihic;

Se remarcă și efecte favorabile în diverse alte cazuri de insuficiențe respiratorii, ca de exemplu în cele pe fond cardiac sau tiroidian.

Aparatele Salin au fost medaliatate cu aur și argint la saloanele de invenții de la Bruxelles, Geneva, Chișinău. Au primit marca de aur la expozițiile Natura Vita, sunt menționate pe internet în Doctor's Guide.

În mod curent, sunt produse aparatele SALIN S2 și SALIN PLUS pentru tratarea salină a aerului ambiental, inhalatorul cu mască SaltMed și mezinul gamei, mini-inhalatorul InSALIN.

Aparatele Salin pentru tratarea ambientală a aerului sunt foarte eficiente și comode în utilizare, doar prin simpla funcționare în spațiul în care stă mai mult sau doar-me utilizatorul. Aparatele asigură purificarea generală a aerului în spații diverse: locuințe, birouri.



Miniinhalatorul InSalin

Acesta valorifică ideea unor mici inhalatoare, care să poată fi permanente la îndemâna utilizatorului. Experiența pe care o avem în ceea ce înseamnă emisia aerosolilor salini de către granulele de sare ne-a permis realizarea unui dispozitiv deosebit de performant. Este și foarte plăcut estetic, fiind realizat de un designer tânăr și talentat.

Miniinhalatorul InSalin este un dispozitiv destinat utilizării la purtător, ceea ce permite folosirea înainte, după sau pe durata expunerii în medii care activează problemele respiratorii. La școală, la sala de gimnastică, la serviciu, în aglomerații sunt multe situații în care InSalin este de un mare ajutor.



Inhalator InSalin

* scăderea problematicii sforăitului;

* reducerea problemelor respiratorii ale fumătorilor;

* ajutor natural în renunțarea mai ușoară la fumat;

* calitate deosebită a aerului care devine proaspăt și plăcut respirației, cu asigurarea unui ambient interior plăcut.

S.C.Tehno Bionic S.R.L. Buzau, Str.Agriculturii nr 55, tel/fax: 0238 725 321 email - salin@tehnobionic.ro / www.salin.ro

Tratamentul tulburărilor vestibulare și oculo-motorii

Este binecunoscut de către toată lumea, că tulburările de auz și tulburările de echilibru afectează grav calitatea vieții și bucuria de a trăi a celor care suferă de aceste afecțiuni. Vertijul reprezintă un simptom foarte frecvent întâlnit în practica generală (aproximativ 5% din consultațiile din cabinetele de medicină generală). Etiologia acestei simptomatologii este extrem de variată, de aceea abordarea pacientului cu vertij trebuie făcută cu multă atenție, anamneza fiind elementul cheie în evaluarea corectă a fiecărui pacient în parte. Scopul principal al consultului medical nu este acela de a stabili etiologia afecțiunii, ci de a depista cauza principală a amețelii vestibulară, neurologică sau de ordin general. În principiu, doar în 50% din cazurile de afectare a sistemului vestibular se poate stabili etiologia. Fiecare pacient trebuie interogat cu atenție și în detaliu asupra simptomatologiei sale și trebuie investigat cât mai complet posibil, audiologic și vestibular, cât și imagistic, în măsura posibilităților. Este esențial așadar să stăpânim foarte bine informațiile clinice și paraclinice care permit un diagnostic diferențial corect.



Dr. Miorița Toader

Medic primar ORL,
Doctor în științe medicale, Spitalul
Clinic de Urgență Pentru Copii „Grigore
Alexandrescu” București

Cu un diagnostic pus corect și cu un tratament adecvat și la timp instituit, aceste tulburări pot fi diminuate sau chiar eliminate. O anamneză bine condusă, urmată de un examen clinic amănunțit, permite urmărirea unui algoritm destul de precis. Urmărirea unui algoritm diagnostic trebuie să se facă ținând cont de câteva reguli generale:

- vertijul este asociat de obicei unei leziuni vestibulare, în timp ce o senzație de amețelă este determinată mai curând de o afecțiune de ordin general
- cel mai frecvent o leziune vestibulară periferică se caracterizează prin episoade brusc instalate, de scurtă durată de vertij, în timp ce o leziune centrală determină un debut progresiv, insidios

al unui dezechilibru permanent; pacienții anxioși sau cu depresie se pot plânge și ei de amețelă continuă, la fel ca pacienții cu deficit vestibular bilateral; există excepții în epilepsia de lob temporal și ischemia vertebro-bazilară, care determină o simptomatologie de leziune periferică

- durata crizei vestibulare poate orienta clinicianul: vertijul pozoțional benign poate dura doar 30-40 secunde, o criză tipică din boala Meniere durează maxim 24 ore, în timp ce neuronita vestibulară determină o criză vertiginosă care durează câteva zile
- leziunile labirintice sau ale nervului VIII pot produce semne auditive asociate: hipoacuzie, tinitus, senzație de presiune sau de plenitudine aurală, otalgie
- semnele și simptomele vestibulare neînsoțite de tulburări auditive impun și mai mult un examen neurologic atent, mai ales al funcției oculomotorii
- o evaluare cardio-vasculară atentă este esențială, mai ales dacă există antecede-

dente de angină, claudicație intermitentă sau palpitații, care pot fi provocate de disritmii.

Înainte de începerea oricărui tratament pentru un vertij, medicul trebuie să informeze pacientul despre faptul că prognosticul câtorva forme ale tulburării vestibulare cauzale este în mare măsură favorabil datorită a două motive principale:

a. adesea vertijul are o evoluție favorabilă natural-funcția vestibulară periferică se ameliorează sau are loc o compensare vestibulară centrală a dezechilibrului vestibular;

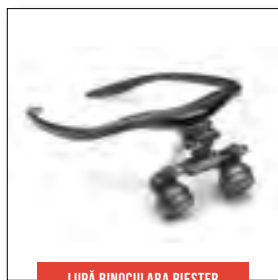
b. mare parte a formelor pot tratate cu succes folosind medicație specifică și fizioterapie.

Premisa tratamentului vertijului și amețelii este stabilirea unui diagnostic precis, existând 4 mari abordări în tratarea diverselor forme de vertij, care s-au dovedit a fi eficiente, fiind utilizate în practică:

- 1. Fizioterapie:** exercițiile vestibulare; manevrele eliberatorii



AUTOKLAV MELAG EUROKLAV



LUPĂ BINOCULARA RIESTER



LAMPĂ EXAMINARE MASTERLIGHT®



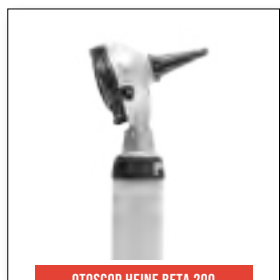
LAMPĂ EXAMINARE RI-MAGIC® HLED



POMPĂ INSUFLAȚIE TEST PNEUMATIC



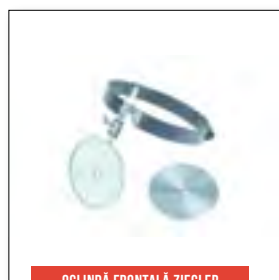
LAMPĂ DE SPIRT



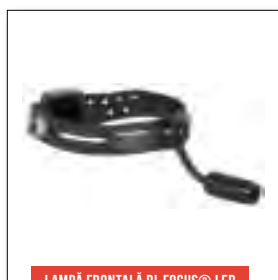
OTOSCOP HEINE BETA 200



PENSĂ LUCAE



OGLINDĂ FRONTALĂ ZIEGLER



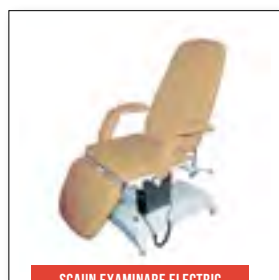
LAMPĂ FRONTALĂ RI-FOCUS® LED



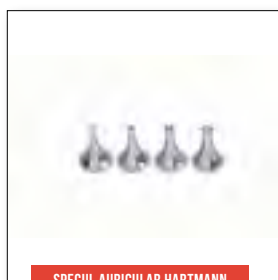
OGLINDĂ FRONTALĂ LED CLAR N



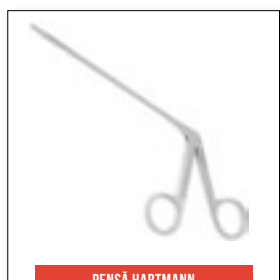
OGLINDĂ LARINGIANĂ



SCAUN EXAMINARE ELECTRIC



SPECUL AURICULAR HARTMANN



PENSĂ HARTMANN



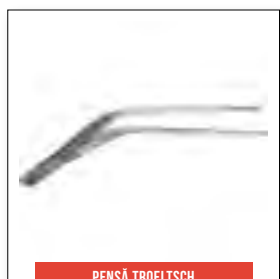
SPECUL NAZAL



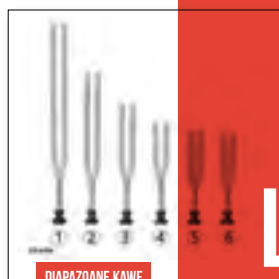
ASPIRATOR SECRETII F-100



DIATROM 400



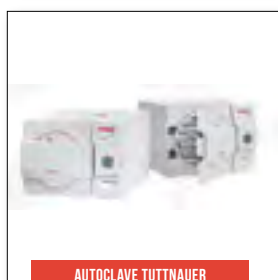
PENSĂ TROELTSCH



DIAPAZOANE KAWE



ASPIRATOR SECRETII NEW ASKIR



AUTOCLOAVE TUTTNAUER



STATIE DE DIAGNOSTIC RI-FORMER®



PESTE 3000
DE PRODUSE



CALITATE ȘI
FIABILITATE



LIVRARE
RAPIDĂ

Email: office@medisal.ro
Comenzi: comenzi@medisal.ro
Informații: info@medisal.ro

Vă așteptăm la sediul nostru cu showroom și spații dublate de depozitare!

www.medisal.ro

2.Tratamentul medical

3.Intervențiile chirurgicale

4.Tratamentul psihologic/psihiatric

Pentru tratamentul specific al unora dintre tulburările vestibulare și oculomotorii, există câteva terapii farmacologice, rezumate astfel:

- în ameliorarea simptomatică a greții în leziunile acute, în prevenirea răului de mișcare folosim agenți vestibulo-supresori
- în paroxismia vestibulară, epilepsia vestibulară, migrena vestibulară, folosim medicamente anti-epileptice
- în migrena bazilară/vestibulară, folosim agenți de blocare a beta-receptorilor
- în boala Meniere și favorizarea compensării centrale vestibulare, folosim betahistine
- în infecții ale urechii și ale osului temporal folosim, antibiotice
- în episoadele de „vestibular drop attacks”, în boala Meniere, folosim antibiotice ototoxice
- în nevrita vestibulară, în boala autoimună a urechii interne, folosim corticosteroizi
- în nistagmusul în sus/în jos, folosim 4-aminopiridina și baclofen
- în ataxia episodică ereditară de tip II, folosim 4-aminopiridina și acetazolamisa

Tulburările vestibulare periferice

Nevrita vestibulară - este una dintre cele mai comune cauze ale vertijului periferic și se presupune a fi cauzată de o reactivare a unei infecții cu virusul herpes simplex de tip 1. Tratamentul simptomatic poate implica utilizarea unor agenți de supresie vestibulară, precum benzodiazepinele. De asemenea tratamentul poate

aborda cauza subiacentă pentru a îmbunătăți recuperarea funcției vestibulare periferice. De aceea, cortico-steroidii, agenții antivirali sau o combinație a acestora ar putea îmbunătăți rezultatele. Studiile au arătat că monoterapia cu metilprednisolon îmbunătățește semnificativ recuperarea funcției vestibulare periferice la pacienții cu nevrită vestibulară, în timp ce valaciclovirul nu face acest lucru. Combinația metilprednisolon și valaciclovir nu a fost superioară monoterapiei cu steroizi.

Boala Meniere - este definită ca două sau mai multe atacuri de vertij, fiecare durând cel puțin 20 de minute, fiind însoțită de pierderea auzului, dovedită audiometric la cel puțin o examinare, și tinitus sau o senzație de plenitudine auriculară în urechea afectată, presupunând că celelalte au fost excluse. Sunt multe scheme de tratament care se folosesc pentru tratarea acestei afecțiuni, de la controlul dietetic al aportului de sare, apă și consumului de alcool și cafeină, până la utilizarea diureticelor și a diversilor agenți anxiolitici. O opțiune rar utilizată în momentul de față este injectarea de gentamicină intratimpanic. Intervențiile asupra sacului endolimfatic par a fi ineficiente. De menționat ar fi că administrarea per os a betahistinei este eficientă în reducerea frecvenței și severității atacurilor de vertij, caracteristice acestei boli. Betahistina, un produs care este din punct de vedere structural similar histaminei, are un efect agonist parțial pe receptorii H1 și un efect antagonist puternic pe receptorii H3, promovând și facilitând compensarea vestibulară centrală. Aceasta acționează central prin intensificarea sintezei de histamină în nucleii tuberomamilar din hipotalamusul posterior și eliberarea de histamină în nucleii vestibulari, prin efectul antagonist asupra autoreceptorilor H3. Se pare că betahistina are o acțiune de ameliorare a circulației sanguine la nivelul urechii interne și ar facilita eliberarea de histamină la nivelul creierului, precum și la nivelul receptorilor periferici din labirint.

Paroxismia vestibulară - atacurile de paroxismie vestibulară sunt caracterizate prin atacuri de vertij scurte, recurente, datorită unei compresii încrucișate neurovasculare a nervului vestibular. Evaluările preliminare au dus la concluzia că administrarea de carbamazepină reduce

semnificativ numărul atacurilor de paroxismie vestibulară.

Pentru diferite tulburări vestibulare periferice cele mai eficiente tratamente sunt:

- pentru vestibulopatia bilaterală este indicat tratamentul cauzei de bază și exerciții vestibulare
- pentru nevrita vestibulară, simptomatice, antiinflamatorii, exerciții vestibulare
- pentru BPPV, manevre eliberatoare
- pentru fistula perilimfatică, o soluție ar fi intervenția chirurgicală
- pentru sindromul Cogan, steroizii în doze mari, azatioprina, ciclofosfamida

Tulburările vestibulare centrale, oculare și cerebeloase și vertijul somatoform

Studiile efectuate au demonstrat eficacitatea blocantelor canalelor de potasiu-3,4-diaminopiridina și 4-aminopiridina în doze bine tolerate de 5-10 mg de trei ori pe zi, pentru tratamentul nistagmusului orientat pe nivel vertical în jos sau în sus. Efectele acestor agenți care blochează canalele de potasiu, pot fi atribuite unei creșteri a excitabilității celulelor Purkinje din cerebel. De asemenea 4-aminopiridina, 5-10mg de trei ori pe zi, este eficientă în tratamentul ataxiei episodice de tip 2. Aceasta este o boală ereditară cauzată de mutații ale genei care codifică canalul de calciu P/Q, CACNA1a. Toate aceste descoperiri au stat la baza unui studiu clinic randomizat controlat, cu design încrucișat, privind tratamentul ataxiei episodice cu 4-aminopiridină. Medicamente care sunt folosite din ce în ce mai mult, includ agenții care blochează beta-receptorii în migrena vestibulară și inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei pentru vertijul postural fobic.



ORL

endoscopie rigida si flexibila
stroboscopie profesionala
aparatura diagnosticare si tratament
instrumentar de specialitate
mobilier si accesorii
consumabile

- + consultanta la achizitii
- + suport tehnic / instruire personal
- + service autorizat
- + finantare

medfarm.ro

Oticon ConnectLine

– un sistem complet pentru oportunitățile multiple ale vieții

Sistemul este compus dintr-o serie de instrumente care ne pot ajuta să ne conectăm la diferitele aplicații de comunicare și de divertisment, transformând protezele auditive în căști wireless.

Streamer PRO este inima sistemului ConnectLine. Preia semnalul audio și îl trimite direct în ambele urechi, transformând astfel protezele auditive în căști wireless. Fără întârzieri detectabile în transmitere, semnalele audio se mulează perfect pe imaginile vizuale. Acest lucru face toată diferența atunci când ne uităm la televizor sau folosim calculatorul. Fiind un sistem complet integrat, Streamer PRO a fost dezvoltat și testat amănunțit în așa fel încât utilizarea de zi cu zi să fie intuitivă și simplă. Arătând mai mult sau mai puțin ca un MP3 player, Streamer PRO se poartă la gât și are trei butoane dedicate celor trei aplicații de bază: telefon, TV și microfon. Este compatibil cu toate protezele auditive wireless de la Oticon.

Cum ajută?

folosiți un adaptor TV pentru a asculta volumul din televizor la un nivel adecvat și pentru cei din jur;

conectați-vă protezele auditive la un MP3 player;

folosiți calculatorul sau tableta;

apeluri telefonice clare și hands-free;

captați informații importante într-o clasă de lectură sau o prezentare cu ajutorul unui receptor FM;

conectați-vă la sistemele de telebuclă din cinematografe, biserici, săli de conferință;

conversați fără probleme în medii zgomotoase cu ajutorul microfonului ConnectLine.



Bernafon
Zereza 5 105 PP
de la 4.000,00 lei



Bernafon
Zereza 5 mini RITE
de la 3.900,00 lei



Bernafon
Saphira 5 CICP
de la 3.900,00 lei



Bernafon
Saphira 5 P
de la 4.400,00 lei

Romsound lansează campania „Auzi bine, te bucuri de viață!” pentru un control audiometric național gratuit al populației, cu sprijinul cabinetelor de medicina familiei și medicina muncii. Specialiștii în audiometrie ai Romsound vor efectua control audiometric pacienților susceptibili a avea deficiențe de auz ai medicilor de familie și de medicina muncii la cabinetele acestora, pe bază de programare.

[Mai multe detalii la telefon 0365-917 sau www.romsound.ro.](http://www.romsound.ro)

A ne bucura de viață înseamnă a beneficia de fondul sonor care ne înconjoară, a desfășura cu deplin succes activități profesionale și în timpul liber, înseamnă a ne bucura de vocea celor dragi, de o muzică bună și chiar și de foșnetul discret al frunzelor toamna. Pentru toate acestea există Romsound.

A V-A
CONFERINȚA NAȚIONALĂ
ORGANIZATĂ DE SIORL *

tematică manifestării
PATOLOGIA URECHII INTERNE. VERTIJUL

* EXCLUSIV ONLINE

4-6 SEPTEMBRIE 2020



European Society of Pediatric Otorhinolaryngology

www.espo.eu.com

ESPO Online Pediatric Tracheostomy Courses
18th & 25th September 2020

CONFERINȚA NAȚIONALĂ DE OTORINOLARINGOLOGIE
ȘI CHIRURGIE CERVICO-FACIALĂ

11 - 13 Noiembrie
2020

EXCLUSIV ONLINE



16th

Congress of
the European Society of
Pediatric Otorhinolaryngology
Scientific Advances in Pediatric ORL

SAVE THE
DATE

21 - 24 May

ESPO 2022 LIVERPOOL

14TH

WEBINAR

13 septembrie
2020

WORKSHOP ON
PHONOSURGERY

Provocările cu care se confruntă persoanele hipoacuzice

Excluderea de la actul comunicării poate avea un impact social și emoțional major asupra vieții de zi cu zi, în special printre persoanele în vârstă cu deficiențe de auz, care experimentează mai intens sentimentele de singurătate, izolare și frustrare, dar și printre copii. Aceștia pot suferi o încetinire a dezvoltării firești, din punct de vedere emoțional, intelectual și social, cu impact asupra comportamentului, capacității de asimilare a informațiilor sau de integrare în instituțiile de învățământ.

Barierele de comunicare pe care le întâmpină zilnic persoanele cu deficiențe de auz sunt nenumărate, de la situațiile simple, în care sunt nevoite să folosească un telefon mobil, să urmărească o emisiune TV fără subtitrare sau să comunice în medii zgomotoase, până la cele în care doresc să interacționeze cu instituțiile publice, în contexte de natură administrativă.

Pierderea auzului poate fi o afecțiune ușoară, moderată, severă sau profundă, care afectează invariabil, într-o mai mică sau mai mare măsură, din cauza distorsionării sunetelor, calitatea comunicării și, de multe ori, chiar dorința de a comunica. Cauzele principale ale deficiențelor de auz sunt fie de natură genetică, fie consecințe ale complicațiilor apărute în timpul nașterii, folosirii anumitor medicamente, bolilor infecțioase, infectării cronice a urechilor sau, pur și simplu, ale procesului natural de îmbătrânire.

Hipoacuzia este mai răspândită decât credeți.

Conform Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, la începutul anului 2020, la nivel internațional, numărul celor care au suferit pierderi severe de auz se ridică la aproximativ 466 milioane de persoane, dintre care, un procent cu puțin peste 7% este reprezentat de copii. Până în 2050, numărul acestor persoane e posibil să atingă 900 de milioane, adică o persoană din 10 se va confrunta cu dificultăți de auz. În România anului 2019, persoanele care experimentau probleme de auz numărau peste 2 milioane, jumătate dintre ele având vârsta sub 65 de ani, mulți tineri și copii, în timp ce 3 din 1000 bebeluși veneau pe lume cu probleme auditive permanente.

Astfel de statistici ne sunt necunoscute și rămân departe de preocupările noastre zilnice, atâta vreme cât nu avem contact cu fenomenul hipoacuziei la nivel personal sau prin intermediul persoanelor dragi din viața noastră.

Rămâneți informați. Prevenția și viteza de reacție sunt importante.

O mai bună conștientizare a fenomenului hipoacuziei în rândul populației neafectate, poate schimba semnificativ modul în care ne raportăm la îngrijirea propriului auz, precum și la persoanele care sunt afectate de această problemă de



sănătate. Poate chiar mai important decât, o mai bună informare legată de toate soluțiile existente pe piață, serviciile medicale de audiologie, protezele auditive, respectiv gama întregă de dispozitive de comunicare, chiar pot schimba semnificativ calitatea vieții celor afectați.

Depistarea timpurie a deficiențelor de auz și intervenția promptă sunt importante, alături de o sumă de măsuri de prevenție, precum:

1. Imunizarea copiilor, împotriva bolilor copilăriei;
2. Imunizarea fetelor adolescente și femeilor, în perioada de dinaintea sarcinii, împotriva rubeolei, screeningul pe perioada gravidității și programele de sănătate a copilului;
3. O igienă sănătoasă a urechii;
4. Reducerea expunerii la zgomotele puternice, atât în mediile profesionale, cât și în situațiile de recreere;
5. Tratamentul corespunzător al otitei;
6. Evitarea medicamentelor care pot dauna auzului;

7. Pe cât posibil, evitarea loviturilor la cap sau la ureche;

8. Implementarea unor ample acțiuni de educare cu privire la cauzele instalării problemelor de auz, metodele de prevenție, respectiv de recuperare și reabilitare.

Există soluții. Nu deznădăuiți.

Deși dispariția sunetelor din viața hipoacuzicilor este o dizabilitate aproape invizibilă, ea produce modificări emoționale și psihologice profunde, posibil de evitat însă, prin accesarea serviciilor medicale de specialitate, testelor de auz și soluțiilor extrem de complexe de protezare auditivă.

Conform unui studiu publicat de Organizația Mondială a Sănătății, la 1 martie

2020, peste 5% din populația globului era afectată de pierderea auzului, dar doar 17% dintre persoanele care ar fi putut beneficia de pe urma folosirii unui aparat auditiv chiar foloseau unul. Hipoacuzia (scăderea auzului) poate fi compensată cu succes prin folosirea unui aparat auditiv, lăsând purtătorului opțiuni de viață, posibilitatea de a se juca, învăța și parcurge firesc toate vârstele.

Suntem aici, pentru a vă oferi sprijinul de specialitate de care aveți nevoie. Nu sunteți singuri.

La Romsound găsiți o întreagă rețea de specialiști acusticieni, în 29 de centre naționale, care vă pot ghida pas cu pas, consilia și ajuta, găsind soluția care vi se potrivește cel mai bine.

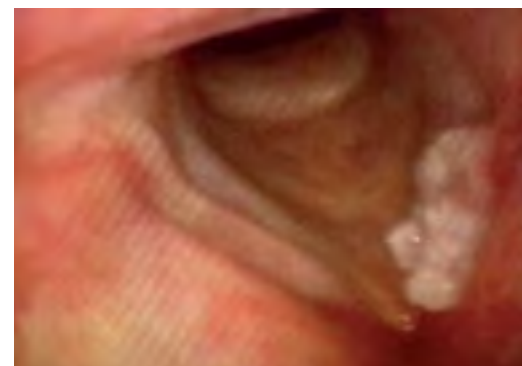
În portofoliul nostru veți găsi produse europene de cea mai bună calitate, precum și accesibilitate la oferta noastră, indiferent de posibilitățile dumneavoastră financiare. În plus, vă facilităm accesul la servicii de screening auditiv, teste de auz, servicii de reglaj și mentenanță a protezelor auditive, chiar și în afara perioadei de garanție, precum și la o gamă completă de accesorii.

Ceea ce ne dorim să reținem este că nu trebuie să abandonați speranța la o viață de calitate, pentru dumneavoastră sau persoanele hipoacuzice din viața dumneavoastră. Există multiple soluții tehnologice pe care vă invităm să le explorați, convinși fiind că vom reuși să accesăm, împreună, varianta de protezare auditivă ideală.

VIVIDEO ENT Videoscope Solution

Performance Beyond Expectation

PENTAX
MEDICAL





CMOS Video Rhino-Laryngoscope

- 2.9 mm in diameter
- Can be connected to various camera platforms
- Integrated LED light source

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD