

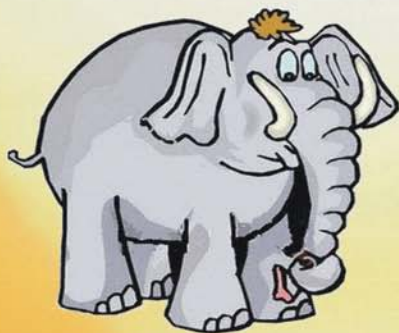


Centrul  
National  
de Studii  
pentru  
Medicina  
Familiei



**CONFERINȚA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI**

**MANAGEMENTUL BOLILOR  
CRONICE IN PRACTICA  
MEDICULUI DE FAMILIE**



**17-20  
MAI  
2007**

**Palatul Copiilor, București**

CONFERINTA CU PARTICIPARE INTERNATIONALA  
MANAGEMENTUL BOLILOR CRONICE ÎN PRACTICA MEDICILOR DE FAMILIE  
17 - 20 MAI 2007, PALATUL COPIILOR, BUCUREȘTI

Programul Conferintei

Joii, 17 mai Curs preconferinta

Noi competențe pentru medicul de familie: sănătatea mintală  
Centrul Național de Sănătate Mintală

- 16.00 - 16.45 Sanatatea mintala a copilului si adolescentului - o provocare pentru asistenta primara  
Psiholog Domnica Petrovai
- 16.45 - 17.30 Rolul MF în viitorul sistem integrat de sanatate mintala  
Psiholog Mugur Ciumăgeanu
- 17.30 - 17.45 Pauza
- 17.45 - 18.30 Terapiile cognitiv comportamentale, la-ndemîna MF?  
Psiholog Domnica Petrovai, Psiholog Mugur Ciumăgeanu
- 18.30 - 19.15 Problematika alcoolismului în practica medicului de familie  
Dr. Eugen Hriscu, psihiatru
- 19.15 - 20.00 Modalitati de comunicare în medicina familiei  
Dr. Wim Willems, MF si Psiholog Angelika Rath

Vineri, 18 mai Diabetul si complicatiile sale

- 09.00 - 09.15 Diabetul, o problema de sanatate publica pe glob si în România  
Dr. Monica Bataiosu, MF
- 09.15 - 09.30 Modalitati eficiente în managementul bolilor cronice - Modelul îngrijirilor cronice  
Dr. Cristina Isar, MF
- 09.30 - 09.45 Echipa de îngrijire a diabeticului - Exemplificare film SUA  
Dr. Daciana Toma, MF
- 09.45 - 10.05 Rolul MF în echipa de îngrijire a diabeticului, în alte tari - Exemplificare film Olanda  
Dr. Marius Mărginean, MF
- 10.05 - 10.20 Managementul diabetului si suportul decizional - ghidurile/standardele existente  
Dr. Monica Bătăiosu, MF
- 10.20 - 10.40 Îngrijirea diabeticului - de la aspiratii la realitate  
Dr. Mădălina Manea, MF

- 10.40 - 11.10 Simpozion Novo Nordisk - Hiperglicemia postprandiala, factor de risc cardiovascular  
Dr. Julieta Cristescu, diabetolog  
Tratamentul hiperglicemiei postprandiale, rol central în controlul diabetului zaharat tip 2  
Dr. Emiliană Mocan, diabetolog
- 11.10 - 11.30 Pauza
- 11.30 - 11.45 Criterii de diagnostic și screening în diabetul zaharat - rolul medicului de familie  
Dr. Daciana Toma, MF
- 11.45 - 12.00 Evaluarea inițială a pacientului diabetic în cabinetul medicului de familie  
Dr. Cristina Isar, MF
- 12.00 - 12.15 Piciorul diabeticului - rolul medicului de familie în monitorizarea piciorului diabeticului  
Dr. Maria Livia Suhastru, MF
- 12.15 - 12.45 Neuropatia diabetică - expresie clinică și abordare terapeutică  
Prof. Dr. Ovidiu Băjenaru, neurologie
- 12.45 - 13.15 Tulburări trofice la piciorul diabetic  
Dr. Lawrence Nwabudike, dermatologie
- 13.15 - 13.30 Salvarea piciorului diabetic  
Dr. Cătălin Sanda/Conf. Dr. Horia Muresian,
- 13.30 - 13.40 Concluzii
- 13.40 - 15.00 Pauza
- 15.00 - 16.00 Simpozion Servier  
Alegerea IECA: dovezi de eficacitate antihipertensivă și protecție cardiovasculară la pacientul cu risc crescut  
Dr. Roxana Darabonț, cardiologie  
Locul IECA în tratamentul diabeticului hipertensiv  
Dr. Cristina Check, cardiologie
- 16.00 - 16.20 Managementul pacientului cu dislipidemie în practica medicinei de familie  
Dr. Adina Dărăbanțiu, MF
- 16.20 - 16.40 Metode de succes în renunțarea la fumat  
Dr. Magda Ciobanu, pneumologie
- 16.40 - 17.10 Nefropatia diabetică - Actualități  
Conf. Dr. Mircea Penescu, nefrologie
- 17,10 - 17.30 Pauza
- 17.30 - 18.00 Retinopatia diabetică - Aspecte clinice și tratament  
Dr. Mariana Lozneanu, oftalmologie
- 18.00 - 18.30 Tratamentul în prediabet și diabetul zaharat de tip 2  
Dr. Rodica Perciun, diabetolog
- 18.30 - 18.45 Monitorizarea pacientului cu diabet: Duetul diabetolog - medicul de familie  
Dr. Monica Bătăiosu, MF

18.45 - 19.00 Medicul de familie - Job description în diabet - concluzii finale  
Dr. Andrea Abăitancei, MF

### **Sambata, 19 mai Boli cronice cu prevalenta mare în medicina familiei**

09.00 - 09.15 Managementul bolilor cronice în medicina familiei  
Dr. George Haber, MF

09.15 - 09.30 Terapeutică radacinii în bolile cronice  
Dr. Grigore Bușoi, MF

09.30 - 09.45 Globalizarea și impactul sau asupra bolilor cronice  
Conf. Dr. Mădălina Manea, MF

09.45 - 10.00 Abordarea durerii cronice în medicina de familie  
Dr. Cristian Săndulescu, MF

10.00 - 10.15 Abordarea scoliozei idiopatice a copilului și adolescentului în cabinetul medicului de familie  
Sef. Lucr. Dr. Mădălina Dumitrescu, MF

10.15 - 10.30 Evaluarea utilizării recomandărilor Ghidului de practică a DLN a adultului, la 2 ani de la publicare  
Dr. Paul Șerban, MF

10.30 - 11.00 Probleme de diagnostic și tratament în genunchiul dureros  
Prof. Dr. Adriana Sarah Nica, reumatolog

11.00 - 11.30 Pauza

11.30 - 12.00 Simpozion CSC Pharmaceuticals  
Terapia antioxidantă specifică pentru căile respiratorii - o nouă perspectivă în tratamentul BPOC  
Conf. Dr. Dan Isacoff, pneumolog

12.00 - 12.15 Astmul bronșic - Ghid de practică pentru medicii de familie  
Dr. Monica Bătăiosu, MF

12.15 - 12.30 Chestionarele, instrumente de diagnostic precoce al astmului bronșic la copil  
Dr. Alexandra Căra, MF

12.30 - 13.00 Sfatul minimal - strategie eficientă în renunțarea la fumat  
Dr. Wim Willems, MF Olanda

13.00 - 13.30 Simpozion Astra Zeneca  
Reducerea LDL-Colesterol în practica clinică  
Conf. Dr. Dan Gaiță, cardiologie

13.30 - 13.45 Tomografia cu emisie de pozitroni - Metoda de diagnostic în oncologie  
Dr. Florin Băcanu, oncologie

13.45 - 14.30 Pauza

14.30 - 14.45 Relația dintre complianța la tratament și ameliorarea simptomelor în dispepsia funcțională  
Dr. Anca Bălan, MF

14.45 - 15.00 Aspecte clinico-epidemiologice în hepatita cu VHB și VHC  
Dr. Gabriela Comișel, MF

- 15.00 - 15.30 Tulburările afective, ca patologie cronică în activitatea medicului de familie  
Prof. Dr. Florin Tudose, psihiatrie
- 15.30 - 16.00 Apariția tulburărilor cognitive la vârsta a III-a, debut al afecțiunilor cronice de tip demențial  
Conf. Dr. Cătălina Tudose, psihiatrie
- 16.00 - 16.15 Depresia adultului - Ghid de practică pentru medicii de familie  
Dr. Iuliana Popa, MF
- 16.15 - 16.30 Screeningul depresiei - factori de risc pentru depresia adultului  
Dr. Aurel Condrea, MF
- 16.30 - 17.00 Pauza
- 17.00 - 17.30 Chestionarul cvadridimensional de identificare a simptomelor  
Dr. Berend Terluin, MF Olanda
- 17.30 - 18.00 De la simptome neexplicabile, la excesul de simptome și la ...bolnavul închis  
Dr. Joop Stam, MF Olanda
- 18.00 - 18.15 Atelier de sănătate mintală pentru medicii de familie  
Sef. Lucr. Dr. Mădălina Dumitrescu, MF
- 18.15 - 18.30 POMONA II - Evaluarea stării de sănătate a persoanelor cu dizabilitate intelectuală  
Dr. Alexandra Căra, MF
- 18.30 - 18.45 Medicul de familie - factorul primordial în promovarea medicinei anti-aging  
Lector Univ. Dr. Olga Djamo, MF
- 18.45 - 19.00 Ulcerul venos, o provocare terapeutică  
Dr. Florin Comșa, chirurgie vasculară
- 19.00 - 19.15 Intervenții în pitiriazisul rozat  
Dr. Gabriela Comișel, MF

### **Duminică, 20 mai Asigurarea calității în îngrijirile acordate cronicilor**

- 09.00- 09.15 Calitatea actului medical în practica medicului generalist, în sistem privat de sănătate  
Dr. Mihaela Udrescu, MF MEDICOVER
- 09.15-09.45 Proiectul pilot VUniCREd, un model educațional în învățământul vocational de medicină familie  
Conf. Dr. Viorela Enăchescu  
Dr. Wim Willems, MF Olanda
- 09.45 - 10.45 Modelul de îngrijire a bolilor cronice. Masa rotundă
- 10.45 - 11.00 Pauza
- 11.00 - 12.45 "Să aruncăm zarurile!" - Medicii de familie, o potențială forță în curs de reorganizare!! Dezbateri. Patronat, SNMF
- 12.45 - 13.00 Închiderea conferinței
- 13.00 Înmânarea diplomelor

## **ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN SISTEMELE INTEGRATE DE SĂNĂTATE MENTALĂ**

*Mugur Ciumăgeanu, Psiholog, dr. în științe medicale,  
Centrul Național de Sănătate Mentală*

România este martora unui nou început în domeniul îngrijirilor de sănătate mentală. Accentul planului de acțiune și a reformei în domeniu cade, în prezent, pe dezvoltarea structurilor comunitare și pe optimizarea legăturilor sistemului de îngrijiri de sănătate mentală cu sectorul asistenței primare. În acest context, rolul medicului de familie se schimbă, presupunând un nou set de competențe și de oportunități.

Prezentarea va trece în revistă caracteristicile reformei românești în domeniul sănătății mintale și va pune în balanță comparativă starea de fapt actuală, cu schimbările de statut și de competențe anticipate în cazul medicilor de familie. Obiectivul prezentării constă în a informa audiența despre schimbările care vor surveni în sistem, precum și de impactul acestor schimbări asupra specialiștilor din asistența primară.

Prezentarea mizează pe faptul că prin creșterea familiarității medicilor de familie cu principiile și principalele linii de acțiune, aceștia vor susține cu entuziasm informat reforma în domeniul psihiatric.

## **SERVICIILE COMUNITARE DE SĂNĂTATE MENTALĂ A COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR, O PROVOCARE PENTRU ASISTENȚA PRIMARĂ**

*Domnica Petrovai, Psiholog, Centrul Național de Sănătate Mentală*

Nevoile de sănătate mentală ale copiilor sunt susținute de serviciile comunitare de sănătate mentală pentru copii, în general și de psihiatria comunitară a copilului în particular.

Serviciile de sănătate mentală adresate copiilor și adolescenților au câteva caracteristici care le diferențiază de serviciile adresate adulților și anume: 1) intervenția adresată copilului cu o tulburare de sănătate mentală implică de cele mai multe ori și intervenția asupra părinților; 2) intervenția adresată copilului implică o abordare multidisciplinară;

3) intervențiile asupra copilului și adolescentului implică o serie de servicii din contexte diferite, cum ar fi cabinetele de psihiatrie a copilului și adolescentului, cabinetele de pediatrie, serviciile de îngrijire primară, serviciile comunitare, școala și serviciile educaționale, serviciile de asistență socială.

Serviciile de sănătate mentală adresate copiilor și adolescenților sunt prioritare din cel puțin trei motive: unele probleme de sănătate mentală ale copiilor și adolescenților apar cu precădere la anumite grupe de vârstă, motiv pentru care programele de identificare și intervenție timpurie sunt cele mai eficiente în respectiva perioadă; intervenția timpurie crește probabilitatea unui tratament eficient la această vârstă, ceea ce duce la scăderea incidenței tulburărilor de sănătate mentală la vârsta adultă; intervențiile timpurii scad costurile din sistemul de sănătate și reduc consecințele negative ale acestor probleme asupra familiei și comunității.

Programele de intervenție timpurie se focalizează pe: dezvoltarea abilităților părinților și educatorilor de management comportamental precum și pe dezvoltarea abilităților sociale și emoționale ale copiilor preșcolari. Comunitatea științifică s-a focalizat pe servicii de identificare și intervenție timpurie a copiilor care au factori de risc. Aceste servicii de recunoaștere și identificare timpurie ar trebui să fie oferite în cadrul asistenței primare prin medicii de familie și serviciile de sănătate mentală din cadrul școlii. Studiile arată o eficacitate mai mare dacă cele două contexte de identificare (școala și medicina primară) se completează reciproc.

## **TERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALA, O PROVOCARE PENTRU MEDICUL DE FAMILIE**

*Domnica Petrovai, Psiholog, Centrul Național de Sănătate Mintală*

Oferirea de servicii de sănătate mentală prin sistemul primar de îngrijire, medicina de familie, este considerat ca fiind unul dintre cele mai eficiente și mai viabile strategii pentru îmbunătățirea accesului la serviciile de sănătate mentală. Strategia Centrului National de Sanatate Mentala are ca si obiective dezvoltarea de servicii de sanatate mentala in sistemul primar de ingrijire.

Studiile arata faptul ca pentru cele mai frecvente probleme de sanatate mentala care pot fi tratate de medicul de familie, interventiile cognitiv-comportamentale sunt cele mai eficiente. Prezentarea de fata are ca obiectiv familiarizarea medicilor de familie cu paradigma cognitiv-comportamentala si cu modalitatile de interventie in depresie si anxietate.

## **DETECTIA PRECOCE SI INTERVENTIILE SCURTE IN CONSUMUL PROBLEM- ATIC DE ALCOOL, IN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE**

*Dr. Eugen Hriscu, Specialist Psihiatru, Centrul Național de Sănătate Mentală, Co-  
fondator al centrului comunitar de tratament ambulator al problemelor legate de  
consumul de alcool - ALCOHELP*

Consumul problematic de alcool este rareori principala cauza de prezentare in cabinetul medicului de familie. Insa, aceasta problema se afla la originea sau acompaniaza multe din acuzele pacientilor: tulburari digestive, cardiace, neurologice, tulburari de somn, simptome anxioase si depresive, toate pot avea un punct de plecare sau de intersectare cu patologia alcoolica. In plus, toate cercetarile arata ca interventiile scurte realizate in cabinetul medicului de familie care poseda o minima pregatire in domeniu sunt printre cele mai eficiente interventii de care dispunem in lupta cu aceasta problematica.

Prezentarea se va concentra pe aspectele cel mai des intalnite in practica de medicina

primara privind tulburarile legate de consumul de alcool: epidemiologie, forme de prezentare, complicatii. Principalul obiectiv este sa ofere participantilor o serie de instrumente practice, usor de folosit in detectarea problemelor de alcool si modificarea comportamentelor de consum abuziv de alcool prin interventii care necesita o investitie minima de timp.

## **DIABETUL, O PROBLEMA DE SANATATE PUBLICA PE GLOB ȘI ÎN ROMÂNIA**

*Dr. Monica Bătăiosu, medic primar formator medicina familiei, CNSMF București*

Hărțile privind prevalența DZ, furnizate de Federația Internațională de Diabet, publicate în 2007, indică o prevalență impresionantă a bolii în țări asiatice. Cei mai mulți diabetici traiesc în India, China, Statele Unite, Rusia și Germania.

Cifrele alarmante privind numărul total al cazurilor de diabet din întreaga lume, dar și estimări privind numărul celor încă nedepistați, demonstrează încă o dată, dacă mai era nevoie, gravitatea problemei pe care o reprezintă această boală.

Dacă adăugăm cifre referitoare la morbiditatea și mortalitatea prin complicații, (DZ omoară în 2007 cam tot atâtea persoane cât și SIDA), putem înțelege preocuparea generală îndreptată înspre ameliorarea îngrijirilor oferite diabeticilor, dar și educației lor, de o manieră cât mai eficientă.

Lucrarea își propune înțelegerea dimensiunii problemei de sănătate publică reprezentată de diabet, ca punct de plecare pentru înțelegerea nevoii unui management eficient al bolii.

## **MODALITĂȚI EFICACE ÎN MANAGEMENTUL BOLIILOR CRONICE – MODELUL ÎNGRIJIRILOR CRONICE**

*Dr. Cristina Isar, medic primar formator medicina familiei, CNSMF București*

*Dr. Andrea Abăitancei, Asistent universitar Catedra de Medicina Familiei, Brașov*

*Dr. Marius Mărginean, medic primar formator medicina familiei, CNSMF*

În asistența medicală primară, calitatea serviciilor oferite pentru bolile cronice nu este satisfăcătoare. Cauza este evidentă: aplicarea unui model de management greșit, respectiv încercarea de rezolvare a problematicii complexe a bolilor cronice cu metode, mijloace dezvoltate pentru rezolvarea problemelor acute.

Modelul îngrijirilor cronice dezvoltat de cercetătorii de la MacColl Institute for Healthcare Innovation, la inițiativa lui Ed Wagner, reprezintă o strategie cuprinzătoare de dezvoltare a serviciilor oferite cronicilor. Modelul evidențiază cele 6 arii esențiale



necesare susținerii unor servicii de calitate pentru cronici:

1. Pacienți implicați responsabil în propria îngrijire, 2. Echipe cu componență și roluri bine stabilite, având o viziune globală asupra nevoilor populației de cronici înscriși pe listă și intervenind activ și în mod programat, 3. Un suport decizional - ghiduri-protocoale, ce sprijină luarea de decizii bazate pe dovezi, 4. Un sistem informațional, sprijinind supravegherea activă a populației de cronici 5. Un sistem sanitar sau o macroorganizație furnizoare de servicii de sănătate care sprijină și motivează îngrijirile de calitate 6 Comunitatea, ce poate oferi suport pentru autoîngrijire pacienților cronici, prin activități și servicii ce nu pot fi asigurate de sistemul de sănătate.

Lucrarea își propune prezentarea elementelor modelului de îngrijiri cronice în mod aplicat, la îngrijirea diabeticului, în vederea oferirii unei viziuni noi asupra modului în care, redefinirea modului de îngrijire a diabeticului și în România ar putea conduce la rezultate mai bune, pentru pacienți și sistem.

## **ECHIPA DE ÎNGRIJIRE A DIABETICULUI**

*Dr. Daciana Toma, medic primar formator medicina familiei, București*  
*Dr. Cristina Isar, medic primar formator medicina familiei, CNSMF București*

Furnizarea de îngrijiri adecvate nevoilor complexe ale diabeticului nu poate fi asigurată decât în condițiile respectării unor reguli de bază:

- identificarea acestor nevoi și croirea de servicii pe măsura lor (și nu pe măsura nevoilor furnizorilor de servicii)
- stabilirea compoziției echipei furnizoare și a rolului fiecărei persoane din echipă
- precizarea modalităților de comunicare, de transmitere de informații între membrii echipei în vederea asigurării continuității îngrijirilor și pentru evitarea redundanțelor și a greșelilor
- cheia calității în urmărirea diabeticului este vizita planificată și stabilirea de obiective individuale realiste și urmărirea atingerii lor

Lucrarea își propune să ofere detalii privind modalități de funcționare și structurare a activității unor echipe de bază sau largite, de îngrijire a diabeticilor.

## **ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE IN ECHIPA DE ÎNGRIJIRE A DIABETICULUI, ÎN ALTE ȚĂRI**

*Dr. Marius Mărginean, medic primar formator medicina familiei, CNSMF*

Îngrijirea pacienților cu diabet zaharat este realizată, în general, de echipe multidisciplinare. Se constata însă faptul că medicul de familie este în controlul acestor echipe, el fiind integratorul serviciilor oferite de fapt pentru toți pacienții cu boli cronice.

În ultimul timp se constată utilizarea modelului de management al bolilor cronice, precum și împărțirea sarcinilor și responsabilităților între membrii echipei.

## MANAGEMENTUL DIABETULUI ȘI SUPORTUL DECIZIONAL - GHIDURILE-STANDARDELE EXISTENTE -

*Dr. Monica Bătăiosu, medic primar formator medicina familiei, CNSMF București*

Recomandările având la baza cele mai valide dovezi științifice disponibile la un moment dat, aplicate cu mare atenție, în funcție de circumstanțele speciale ale fiecărui caz în parte, constituie o cale pentru a evita greșelile ce ne pândesc la tot pasul.

Ghidurile de diagnostic și tratament sunt recomandări dezvoltate în mod sistematic, bazate pe dovezi științifice privind îngrijirile care trebuie acordate într-o anumită circumstanță clinică.

Aplicarea lor reprezintă o cale pentru diminuarea diferențelor în calitatea îngrijirilor furnizate de către medici diferiți, ajută la planificarea resurselor, la creșterea eficacității actelor medicale, la ameliorarea rezultatelor clinice (refectate în starea de sănătate a pacienților).

Există destule ghiduri având ca subiect diabetul zaharat. Care este cel mai bun? Pentru mine? E dificil de spus, deși, folosirea pentru evaluare a unor criterii internaționale, poate ajuta! Dar odată acceptat un ghid, de la recomandările din carte și până la aplicarea lor sistematică, în practica mea și a noastră de fiecare zi, poate fi cale lungă!

Lucrarea are drept scop să atragă atenția participanților asupra rolului ghidurilor ca suport în luarea unor decizii și modul în care recomandările ghidurilor pot fi încorporate în practica clinică zilnică a echipei de îngrijire a diabeticului.

## ÎNGRIJIREA DIABETICULUI – DE LA ASPIRAȚII, LA REALITATE

*Conf. univ. dr. Mădălina Manea, Craiova, medic formator CNSMF  
Dr. Cristina Isar, medic primar formator de medicina familiei, CNSMF, București*

Diabeticul este o persoană cu nevoi complexe. Are nevoie de suport permanent pentru a-și atinge și menține obiectivele terapeutice individuale. Are nevoie de înțelegerea familiei și sprijinul colegilor, de îngrijiri prompte și de calitate în urgențe și pe întreg parcursul evoluției bolii.

Supraalimentarea și sedentarismul susțin extinderea epidemiei de diabet. Numărul diabeticilor nedepistați se estimează a fi egal cu cel al diabeticilor depistați.

În aceste condiții, ameliorarea situației nu poate fi garantată decât de programe coerente care să asigure sprijinirea educației populației, influențarea comportamentelor

și accesul la îngrijiri de calitate, standardizate, în echipă, în care medicul de familie joacă un rol important.

În prezent, în România, îngrijirea diabeticilor este în tranziție, de la un model centrat pe un singur furnizor, medicul diabetolog, la un model.....centrat aproape în întregime pe același furnizor, tot diabetologul!!!

Un mic studiu privind colaborarea dintre potențiali parteneri al echipei de îngrijire a diabeticului, susține această afirmație.

Prezentarea se dorește o fotografie de moment având ca subiect discrepanța dintre teorie și practică, dintre vis și realitate și un punct de plecare în discuțiile pe care dorim să le suscităm, cu referire la rolul diverselor specialități, respectiv la modalitățile cele mai bune de colaborare.

## CRITERII DE DIAGNOSTIC SI SCREENING IN DZ TIP 2 – ROLUL MF

*Dr. Daciana Toma, medic primar formator de medicina familiei  
Dr. Andrea Abăitancei, Asist. Univ. Catedra de medicina familiei, Brașov*

Dacă vrem să înțelegem ce deosebeste DZ de alte boli cronice, trebuie să ne gândim cum percep “participanții din echipa de diabet” această provocare.

Ce înseamnă pentru un pacient diagnosticul de diabet zaharat? Înseamnă schimbarea completă a stilului de viață, înseamnă o permanentă «secură deasupra capului» datorită pericolului de coma, amputație, infarct, dializă, orbire. Ce înseamnă pentru cei din jur? Asta o știu cu toții pentru că, din păcate, toți avem o rudă sau un prieten atins de această boală.

Ce înseamnă pentru noi, ca medici de familie un nou pacient cu diabet? Înseamnă un pacient la care va trebui periodic să-i monitorizăm controlul glicemic, să facem prevenție pentru complicațiile macro și microvasculare care nu vor fi apărut încă, să facem recomandări în ceea ce privește optimizarea stilului de viață, să introducem rudele de gradul întâi în “grupa de risc” pentru diabet și multe altele. Ce înseamnă pentru societate? Costuri enorme.

Sunt suficiente motive pentru a depune toate eforturile pentru a preveni și diagnostica la timp diabetul zaharat. “Cheia” este la noi, la medicii de familie, pentru că pe de o parte nouă ni se adresează toți pacienții (sanatoși, aparent sanatoși sau bolnavi), iar pe de altă parte metodele de screening și diagnostic sunt ieftine și accesibile.

La ora actuală există un consens privind criteriile de screening și diagnostic. Criteriile sunt suficient de clare pentru a putea fi aplicate cu succes de către medicii de familie!

Instrumente special dezvoltate pentru screeningul diabetului in medicina familiei, pot ușura această activitate.

## **EVALUAREA INITIALA A PACIENTULUI DIABETIC IN CABINETUL MEDICULUI DE FAMILIE**

*Dr. Cristina Isar, Dr. Andrea Abăitancei, Dr. Monica Bătăiosu,  
Dr. Doina Bunescu, Dr. Marius Mărginean, CNSMF*

Evaluarea inițială a pacientului diabetic, în cabinetul medicului de familie, trebuie să aibă câteva obiective: pe de o parte evaluarea propriu-zisă a stării pacientului, încadrarea sa într-o anumită clasă, stabilirea prezenței sau absenței complicațiilor la nivelul organelor țintă și, pe de altă parte, sădirea germenilor unei suport și colaborări apropiate cu pacientul, pe termen lung, esențial necesare într-o afecțiune a cărei îngrijire necesită un nivel mare de implicare și de responsabilitate din partea pacientului.

Trebuie revizuite toate tratamentele și afecțiunile anterioare, trebuie efectuate pe cât posibil toate analizele de laborator considerate ca reprezentând bateria de bază.

Evaluarea inițială reprezintă în fapt o succesiune de întâlniri având în final ca rezultat, stabilirea nivelului de plecare, a obiectivelor individuale de atins și a planului de urmat pentru atingerea acestor obiective.

Un examen inițial, ca de altfel și examinările ulterioare de monitorizare, permite obținerea de informații esențiale în timpul cel mai scurt, cu condiția aplicării sistematice a unui formular standardizat.

Lucrarea prezintă conținutul formularului de evaluare inițială a diabeticului, elaborat de medici ai CNSMF cu ajutorul medicilor de familie din proiectul URC USAID.

## **PICIORUL DIABETIC – MONITORIZAREA CORECTĂ A PACIENTULUI DIABETIC, FACTOR DE PREVENȚIE A COMPLICAȚIILOR DIABETULUI ZAHARAT**

*Dr. Maria Livia Suhastru, Dr. Roxana Suciu, Dr. Razvan Suciu*

La nivel mondial, un picior este amputat la fiecare 30 de secunde datorită diabetului. Din totalul amputațiilor netraumatice ale membrului inferior, aproximativ 70% provin din rândul diabeticilor. Acestia prezintă un risc de 25 de ori mai mare de a-și pierde piciorul, față de persoanele fără diabet.

Trialurile demonstrează că riscul amputației este mai mare decât cel al pierderii vederii sau de a ajunge în stadiul de insuficiență renală cronică. Costurile tratamentului piciorului diabetic sunt ridicate, numai în SUA fiind apreciate la 2,7 miliarde dolari

anual, iar costurile unei amputații de picior sunt estimate la 20000-30000 dolari.

Pentru a evita complicațiile la nivelul picioarelor, medicii recomandă persoanelor cu diabet să-și verifice zilnic picioarele pentru a sesiza eventualele leziuni.

Studiile realizate în toată lumea au demonstrat că o atentă monitorizare a pacientului diabetic, precum și instituirea precoce a tratamentului adecvat, au dus la îmbunătățirea considerabilă a calității vieții pacienților.

Ne propunem astfel să argumentăm nevoia imperioasă de implementare în cabinetul medicului de familie a unui plan complex de schimbare a cadrului de îngrijire oferit pacienților cu diabet zaharat, eventual dezvoltarea de cabinete ale medicilor de familie care să ofere servicii profilate pe asistența piciorului diabetic. La nivelul acestor cabinete medicul de familie format special și cu instrumente adecvate va oferi deopotrivă consultații, îngrijiri și educație specifică acestei patologii.

## **TULBURĂRILE TROFICE ALE PICIORULUI DIABETIC**

*Dr. Lawrence Chukwudi Nwabudike, medic specialist dermato-venerolog,  
Institutul de Diabet, Nutriție și Boli metabolice „N.C. PAULESCU”*

Tulburările trofice ale piciorului diabetic sunt numeroase.

Există însă trei mari cauze pentru producerea acestor simptome – neuropatia, arteriopatia și infecțiile.

Aceste tulburări trofice au originea la nivelul pielii și pot duce la complicații grave, cum ar fi gangrena și ulcerațiile. Din acest motiv, este important să se recunoască semnele incipiente, câteodată subtile ale acestor tulburări, pentru a preveni complicațiile grave.

Tratamentul acestor tulburări este cu atât mai scump, cu cât sunt mai grave. Ele pot duce la pierderi economice importante datorita lipsei de la locul de muncă, iar costul tratamentului lor devine o povară majoră pentru bugetul de sănătate.

Prezentăm aici tulburările trofice cele mai des întâlnite la nivelul picioarelor, precum și tratamentul acestora.

## **SALVAREA PICIORULUI DIABETIC**

*Conf. Dr. Horia MURESAN,*

*Dr. Catalin SANDA*

*Chirurgie Cardiovasculara*

*Spitalul Univeritar de Urgenta Bucuresti*

Piciorul diabetic este o entitate clinica reprezentata de leziuni cutanate si osteoarticulare aparute la diabetici cu neuropatie si / sau arteriopatie. Ulcerele cronice se pot complica cu infectii ale partilor moi, osteomielite si gangrena. Leziunile arteriale

periferice in diabet sunt predominant la nivelul a. poplitee si a trunchiurilor gambiere; arterele piciorului sunt relativ conservate. Nu au fost demonstrate leziuni specifice ale microcirculatiei la nivelul membrelor, in diabet, astfel incit revascularizarea este indicata. Revascularizarea se poate efectua prin angioplastie si stenting, prin byapss chirurgical distal sau prin aborduri combinate. Pacientul diabetic este un pacient cu risc anestezico-chirurgical crescut, datorita afectarilor vasculare din alte teritorii si in special cerebral, coronarian si renal. Ischemia la diabetic se manifesta cel mai frecvent ca ischemie critica, cu risc major de pierdere a membrului si chiar a vietii mai ales in conditiile gangrenei suprainfectate. Lucrarea de fata prezinta situatia la zi si noutatile in domeniul tratarii si salvarii piciorului diabetic, printr-un abord multispecialistic, in care medicul de familie reprezinta un punct cardinal. Este ilustrata experienta clinicii noastre in tratamentul chirurgical si combinat a unui numar de 30 de pacienti diabetici internati cu ischemie critica a membrelor si aflati in stare critica, asociind fiecare peste 3 patologii cu risc crescut iar aproape 50% avind gangrene infectate. Mortalitatea globala a fost de 6,67% iar rata amputatiei de 3,34%, ceea ce demonstreaza faptul ca pacientii in iminenta de pierdere a membrului inferior si respectiv a vietii, pot fi tratati si salvati, chiar in conditiile unor resurse si sanse teoretic epuizate. Piciorul diabetic reprezinta o entitate patologica cu manifestari particulare dar care reclama solutii terapeutice bine indicate, planificate si respectiv, executate - intr-un context medico-chirurgical dedicat. Abandonarea acestor pacienti, amputarea per primam sau interventiile paliative de tipul simpatectomiei lombare, nu isi mai au sensul in contextul gindirii si a practicii medicale contemporane.

## **ALEGEREA IECA IN PRACTICA - PROTECTIA CARDIOVASCULARA LA PACIENTUL HIPERTENSIV CU RISC CRESCUT DOVEZI DE EFICACITATE ANTIHIPERTENSIVA SI PROTECTIE CARDIOVAS- CULARA**

*Dr. Roxana Darabont – Spitalul Universitar Bucuresti – Clinica de Cardiologie  
a Spitalului Universitar, Bucuresti*

Lucrarea aduce în discuție câteva dintre elementele importante, de care medicul de familie implicat în îngrijirea diabeticului hipertensiv, trebuie să țină cont în alegerea terapiei antihipertensive.

Date de prevalenta a HTA in lume si in Romania

Controlul TA si clase de medicamente folosite

Recomandarile ghidurilor – tinte terapeutice urmarite si scopul tratamentului antihipertensiv - ESC-ESH si JNC7

Stratificarea pe grupe de risc la pacientii hipertensivi

Continuumul cardiovascular - dovezile de protectie aduse de PRESTARIUM

Studiul ASCOT- Prestarium, adaugat la un blocant de Calciu, reduce semnificativ evenimentele cardiovasculare majore si incidenta diabetului la pacientii cu hipertensiune

si inca cel putin inca trei factori de risc cardiovascular

Studiul EUROPA – cardioprotectie, indiferent de profilul pacientului - risc mic, mediu sau inalt

Corectarea disfunctiei endoteliale - substudiile PERFECT si PERTINENT

## **LOCUL IECA IN TRATAMENTUL DIABETICULUI HIPERTENSIV**

*Dr. Cristina Ceck - Institutul de boli cardiovasculare CC Iliescu*

Lucrarea aduce în discuție câteva dintre elementele esențiale pentru medicul de familie preocupat de îngrijirea diabeticului hipertensiv.

Date de prevalenta a diabetului zaharat si a intolerantei la glucoza, in Romania

Pacientul diabetic – un pacient complex (diabetul - factor de risc pentru boala cardiovasculara); complicatii – stroke, BCI, IC, boala vasculara periferica; cresterea mortalitatii cardiovasculare.

Microalbuminuria – marker al afectarii renale si indicator de risc cardiovascular crescut

Obiectivele tratamentului la un pacient diabetic hipertensiv, din punctul de vedere al diabetologului, dar si al cardiologului, pentru reducerea riscului cardiovascular;

Alegerea IECA pentru reducerea microalbuminuriei si reducerea riscului cardiovascular la diabeticul hipertensiv

Alte beneficii ale Prestarium la pacientul diabetic - substudiul PERSUADE

Relevanta clinica a formularilor farmaceutice - beneficii practice

Prestarium 5 si 10 mg - eficacitate garantata și stabilitate optima, pentru pacientii cu risc cardiovascular crescut (diabeticul hipertensiv)

## **MANAGEMENTUL PACIENTULUI CU DISLIPIDEMIE ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE**

*Dr. Adina Dărăbanțiu, medic primar-instructor de medicina familiei, Timișoara*

Bolile cardiovasculare reprezintă prima cauză de morbiditate și mortalitate inclusiv în Romania, dislipidemia fiind cel mai important factor de risc al acestor boli.

Diagnosticul pacientului cu dislipidemie trebuie să cuprindă, pe lângă determinarea profilului lipidic și încadrarea acestuia într-o clasă de risc, în funcție de care se va stabili momentul instituirii și tipul tratamentului hipolipemiant.

Conform ghidului NCEP ATP III actualizat în 2004 și ghidului AHA/ACC de prevenție secundară din 2006, pacienții sunt încadrați în cinci clase de risc, în funcție de factorii de risc și de prezența cardiopatiei ischemice sau a echivalențelor de cardiopatie ischemică.

LDL-colesterolul este cel mai important parametru lipidic, deoarece reducerea lui se

însoțește de o scădere cu până la 50% a evenimentelor cardiovasculare.

În urma numeroaselor studii din ultimii ani, care au cuprins peste 50.000 pacienți cu dislipidemii, s-au stabilit valori ținta ale LDL-colesterol foarte scăzute (<70 mg/dl la pacienții cu risc foarte înalt și <100 mg/dl la cei cu risc înalt).

Atingerea acestor ținte terapeutice se face prin tratament nonfarmacologic (dieta, exerciții fizice, scădere în greutate) și tratament farmacologic.

Dintre medicamentele hipolipemiante, cele mai eficiente s-au dovedit a fi statinele, ele producând cea mai importantă scădere a LDL-colesterolului. Dacă răspunsul terapeutic este nesatisfăcător la statine, se mai pot asocia ezetimibe, fibrati sau acid nicotinic.

Statinele sunt în general bine tolerate de majoritatea pacienților, posibilele efecte secundare putând fi evitate printr-o corectă monitorizare periodică clinică și paraclinică (enzime hepatice/musculare). Durata tratamentului este indefinită, chiar dacă pacienții au atins nivelele ținta ale LDL-colesterolului.

## **MONITORIZAREA PACIENTULUI CU DIABET – DUETUL DIABETOLOG – MEDICUL DE FAMILIE**

*Dr Monica Bataiosu, Dr Andrea Abaitancei, Dr Cristina Isar,  
Dr Marius Marginean medici formatori de medicina familiei, CNSMF*

În relație cu pacienții cu diabet, medicul de familie trebuie să aibă o abordare diferită, pentru populația diabeticilor de pe lista sa, respectiv pentru fiecare pacient în parte. Fără suport informatic adecvat, viziunea populațională este adeseori „falsă”. Fără standardizarea îngrijirilor, fără planificarea lor și fără roluri bine distribuite și precizate, în echipa sa, medicul de familie „face ce poate, când poate”. Fără o comunicare adecvată și standardizată, pacientul cu diabet se pierde în gaurile extrem de largi ale unei echipe de specialiști, care la rândul lor fac ce e mai bine, de cele mai multe ori, dar, fără rezultatele dorite de toată lumea.

## **TERAPEUTICA RĂDĂCINII, ÎN BOLILE CRONICE**

*Dr. Grigore Bușoi, medic primar – formator în medicina familiei*

Trăim prin rădăcini și existăm cât există rădăcina.

Principala cauză a bolilor este pierderea armoniei viului și intrarea pe pista falselor reprezentări (omul identificat ca o mașină de făcut bani, ca un corp de plăceri, ca un pom de împodobit etc.).

Pentru a accede la terapia rădăcinii (Te Ra) plecăm de la doctrina antropo-socio-ecologico-sophică (proprie specialității noastre) și avem în vedere formațiunea dublă, pragmatică și umanist-speculativă, a terapeutului.



Ne propunem să prezentăm principalele elemente de impact ale Te Ra în bolile cronice, prin apelul la vocalele limbii române.

Astfel obținem prin:

a = ancestralul și abisalul omenesc, respectiv o terapie genetică și demersul psihanalitic;

e = exprimarea biologică și clinică, respectiv controlul medical al parametrilor perturbați;

i = instrumentarea holistic-comprehensivă; intervenția integrală în toate planurile ființei: mental, fizic, sufletesc;

o = ontologia persoanei, ca statut și rol; psihoterapie și măsuri medico-administrative;

u = umanism; medicul-medicament.

î = înțelegere superioară, cunoaștere prin tăcere (ca rezultat al antrenării emisferei drepte); noi direcții de abordare terapeutică: controlând exteriorul, ne putem ocupa de mobilierea austeră a interiorului. Dezlegarea de latura materială a ființei se realizează prin spiritualizare.

Se ajunge la o înțelegere a noțiunii de soartă, gândul înălțat devenind arhitectul destinului.

Din păcate, astăzi pierdem pe a fi, îndreptându-ne preambalați spre filosofia lui a avea, pentru a consuma.

Sănătatea rădăcinii (*sanitas radiceis*), o magnifică provocare pentru viitor!

În final, propunem o aplicație și o temă de studiu: Terapeutica rădăcinii în sindromul dismetabopres, made in general practice.

## **GLOBALIZAREA ȘI IMPACTUL SĂU ASUPRA BOLILOR CRONICE**

*Conf. univ. dr. Mugurel Ghelase, Conf. univ. dr. Mădălina Manea, Craiova*

Globalizarea reprezintă fluxul liber de informații, bunuri de consum, capital și oameni, fără bariere politice și economice (Daulaire,1999). Este un fenomen mondial de tip capitalist, bazat pe principiile neoliberalismului, promovat prin comerțul internațional și proiectat și susținut de elita mondială. Trăsătura specifică a globalizării este determinarea majoră pe care o imprimă asupra politicilor sociale și economice naționale.

Globalizarea, creșterea economică și sănătatea sunt interdependente, relație ce reprezintă un beneficiu pentru indivizi. Dar, globalizarea are și efecte negative asupra stării de sănătate a populației prin: creșterea numărului de călători sau migranți, produse și tehnologii dăunătoare sănătății, industria farmaceutică, urbanizare, modificările climatice și poluarea mediului, deficiențele în sistemele de sănătate publică, războaiele și revoltele populare, creșterea sărăciei și inegalității, politicile economice ce favorizează corporațiile.

Cel mai important segment al patologiei medicale asupra caruia acționează

mecanismele globalizării este reprezentat de bolile cronice. În prezent, bolile cronice sunt principala cauză de deces și incapacitate în lume, însumând 61% din totalul deceselor. Numărul deceselor cauzate de bolile cronice este dublu față de cel al deceselor datorate bolilor infecțioase, afecțiunilor materne și perinatale și deficiențelor nutriționale - luate împreună. Determinanții bolilor cronice sunt globalizarea, urbanizarea și îmbătrânirea populației. Aceștia acționează prin factori de risc controlabili (dieta, sedentarismul, fumatul) și necontrolabili (vârsta și moștenirea genetică). Afecțiunile cronice cele mai frecvente sunt: bolile cardio-vasculare, cancerele, bolile respiratorii cronice, diabetul – fiecare regiune a globului prezentând aspecte specifice în ceea ce privește reprezentarea procentuală a lor. Suprapunerea și analiza acestor reprezentări grafice ne dă o imagine actuală a rezultatului globalizării și ne permite identificarea pâghiilor unde putem interveni din punct de vedere medical.

Pornind de la afirmația OMS ca “bolile cronice reprezintă o povară economică foarte grea pentru toate țările în general și în special pentru cele sărace, povară ce va crește dacă nu se vor lua măsuri de prevenție și control a acestor boli”, prezentarea de față demonstrează realitatea acestor afirmații. Mai mult, demonstrează că prevenția și controlul bolilor cronice sunt posibile, fapt ce ar putea ajuta oamenii să trăiască mai mult și mai bine.

## **ABORDAREA DURERII CRONICE IN MEDICINA PRIMARĂ**

*Dr.Cristian Săndulescu, medic primar  
– instructor de medicina familiei, Craiova*

Prevalența durerii cronice în populația generală este, conform statisticilor, între 20-50%. Deși durerea (în sine) nu este cauză de mortalitate globală, în unele cazuri ea poate ucide! Durerea cronică diminuează toate aspectele calității vieții și determină costuri uriașe sistemelor de sănătate.

În cabinetul medicului de familie intră zilnic pacienți cu durere cronică.

Scopul lucrării este de a familiariza medicul de familie cu aspectele multiple: somatice, biologice și psihosociale ale durerii cronice, pentru o abordare comprehensivă a managementului acestei importante probleme de sănătate a populației.

Materialele folosite au fost articolele de pe internet și notițele de la ședințele de psihoterapie.

Metode de lucru folosite:

- studierea articolelor de specialitate și a statisticilor de specialitate de pe internet, din ultimii 5-7 ani și notarea informațiilor relevante;
- abordarea psiho-somato-terapeutică a durerii cronice în cadrul ședințelor de psihoterapie și notarea evoluției ei;

Concluzia formulată este că, durerea cronică, pe lângă componenta somatică (corporală) are importante aspecte biologice, psihologice și sociale.

Pentru un bun management al durerii cronice medicul de familie trebuie să țină cont de toate componentele acesteia, să o abordeze comprehensiv și să colaboreze cu alți specialiști din prima linie (fizioterapeut, psihoterapeut).

## **ABORDAREA SCOLIOZEI IDIOPATICE A COPILULUI SI ADOLESCENTULUI IN CABINETELE DE MEDICINĂ DE FAMILIE**

*Dr. Elena Madalina Dumitrescu, Dr. Maria Victoria Oprescu, Dr. Mihail Dumitrescu*

Scolioza idiopatică reprezintă o deviație laterală a coloanei vertebrale de la axul normal, de cauză necunoscută, uneori combinată cu rotație vertebrală. În funcție de severitate, afecțiunea poate produce oboseală musculară, durere locală, dezechilibre posturale, poate interfera cu modificări de spondiloză a coloanei vertebrale și duce la deformări permanente ale acesteia.

Scopul lucrării este de a sensibiliza medicii de familie să se implice activ în diagnosticarea timpurie și tratamentul acestei afecțiuni.

Am studiat articole de specialitate care au avut în vedere identificarea recomandărilor de diagnostic și tratament care pot fi implementate în cabinetul de medicina familiei.

Analiza literaturii de specialitate arată că există controverse în ce privește folosirea unui screening pentru scolioză, dar permite formularea de recomandări pentru implicarea medicului de familie în decoperirea și tratarea timpurie a acestei afecțiuni.

Medici de familie ar putea ca, la examenul de bilanț al copiilor și adolescenților, să identifice modificări specifice, care să permită diagnosticul timpuriu și tratamentul scoliozei astfel încât, împreună cu alți specialiști și cu familia pacientului, să intervină cel puțin în prevenirea progresiei acestei afecțiuni.

## **EVALUAREA UTILIZĂRII RECOMANDĂRILOR GHIDULUI DE PRACTICĂ: “DUREREA LOMBARA NESPECIFICA A ADULTULUI”, LA 2 ANI DE LA PUBLI- CARE**

*Dr. Paul Șerban, Dr. Mircescu Șerban*

Scopul studiului este de a estima gradul de utilizare a recomandărilor principale din ghidul DLN într-un lot de medici de familie și de a identifica elemente care ar trebui accentuate.

Autorii au elaborat un chestionar privind nevoia MF de a utiliza ghiduri de practică,

familiarizarea lor cu ghidul DLN publicat de CNSMF, aplicarea celor mai importante recomandări. S-au distribuit 100 chestionare la MF participanți la o conferință de specialitate și s-au analizat procentual răspunsurile.

98% dintre medicii de familie consideră folosirea ghidurilor utilă. 54% cunosc ghidul CNSMF. Drept cea mai frecventă cauză de durere lombară au fost indicate discopatiile (71%). 97% dintre MF au dificultăți la consultația acestor pacienți, 97% consideră utilă lista de control pentru diagnostic, 55% interpretează testul Lassegue ca semn de cauză specifică, 18% consideră intensitatea durerii criteriu de trimitere, 34% recomandă repaus la pat, 39% administrează initial AINS, 71% încep și cu fizioterapie, 63% recomandă radiografie de primă intenție, numai 4% au considerat important fumatul în cronicizare, 40% evaluează evoluția prin testul Lassegue, 41% consideră utilă broșura pentru pacienți.

Deși peste 50% dintre participanți cunosc ghidul se constată diferențe între practică și unele recomandări:

- înțelegerea limitată a conceptului de durere lombară nespecifică,
  - riscul de recomandare frecventă a repausului la pat,
  - interpretarea eronată a manevrei Lassegue;
- Majoritatea consideră utilă lista de control în diagnostic.

## **PROBLEME DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN GENUNCHIUL DUREROS**

*Prof. dr. Nica Sarah Adriana, UMF Carol Davila – INRMFB*

Structură complexă anatomo-funcțională, genunchiul, denumit metaforic “cavaler servent la doi stăpâni” are o poziție cheie în dinamica lanțului cinematic al membrului inferior. Prin el se depărtează și se apropie cele două segmente – coapsa și gamba – în exercițiul echilibrului stabil sau instabil, de verticalizare și locomoție în diferitele tipuri de solicitare, cum ar fi mersul pe sol plat, elastic sau dur, deplasarea pe teren accidentat, deplasarea în urcare, coborâre, cățărare, alergare, mers pe direcție laterală ș.a.

În condițiile multiplelor variante de solicitare, de încărcare și stabilizare în același timp, structurile articulare și periarticulare ale genunchiului sunt supuse unor forțe mecanice care se exercită variabil atât pe componenta osoasă, țesutul cartilajinos, structurile particulare de tip meniscal și de țesut moale (capsulă articulară, ligamente, tendoane), urmate de modificări degenerative progresive parcelare sau globale, care se regăsesc cu o frecvență excesivă în diagnosticul de gonartroză. Acest diagnostic poate acoperi alte categorii de patologii cu semnificație mai mult sau mai puțin severă, dar un genunchi dureros trenant, însoțit de manifestări sistemice poate îndrepta investigațiile către o poziție de neoplasm.

Diagnosticul și tratamentul în genunchiul dureros se corelează cu circumstanțele

topografice și funcționale, suferința algică fiind influențată de particularitățile individuale (obezitate, hiperlaxitate ligamentară, insuficiență musculară, deviații de ax), profesionale, competiționale, condiții de micro sau macrotraumatism repetat, mediu favorabil unor infecții sistemice (TBC, HIV) sau boli autoimune.

Programul terapeutic este complex prin:

- abordarea componentei de igienă a genunchiului sau a complexului șold – genunchi,
- adaptarea terapeutică etiopatogenică, fiziopatologică și simptomatică.

Programul nu va neglija componenta funcțională, respectiv programul specific de recuperare al genunchiului, ce urmărește întreținerea stabilității și mobilității acestuia, ca imperative majore pentru locomoție, refacerea balanței musculare agonști – antagonști, care să permită stabilitatea genunchiului în cele trei planuri, menținând integritatea platformei de încărcare în contextul controlului ecuației durere – disfuncție pentru genunchi.

## TERAPIA ANTIOXIDANTĂ SPECIFICĂ PENTRU CĂILE RESPIRATORII – O NOUĂ PERSPECTIVĂ ÎN TRATAMENTUL BPOC

*Conf. Dr. Dan Isacoff*

Bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC) este o boală gravă, invalidantă, a cărei mortalitate este în creștere. Dacă în 1990 era a 6-a cauză de deces în lume, în 2020 se preconizează a ajunge a 3-a cauză de deces la nivel mondial.

Cauzele acestei perspective sumbre ar fi persistența factorilor de risc (în principal fumatul și poluarea), dar mai ales lipsa unui tratament patogenetic în BPOC.

Conform Ghidului GOLD 2006, “ Nici unul din tratamentele existente în acest moment pentru BPOC nu modifică declinul pe termen lung al funcției pulmonare. Farmacoterapia actuală a BPOC este utilizată doar pentru a scădea simptomele și/sau complicațiile “

Rezultatele unor cercetări publicate recent se referă la rolul terapiei antioxidante în influențarea declinului funcției pulmonare în BPOC, deoarece stress oxidativ este un factor important în patogeneza BPOC. “ Din moment ce numeroși oxidanți sunt implicați în patogeneza BPOC, este posibil ca administrarea terapeutică a unor antioxidanți să fie eficace în tratarea BPOC “

Studiile au arătat că antioxidanții cunoscuți ( vitamine, ubiquinona, etc.) sunt inutili la nivel pulmonar, unde se regăsesc în cantități extrem de mici sau deloc, comparativ cu nivelul plasmatic contemporan.

Erdosteina este considerată antioxidantul specific al căilor respiratorii, deoarece determină, la doze terapeutice (1 cps x 2/zi ), creșterea puterii antioxidante la nivel

pulmonar, chiar și la fumătorii activi. Acest efect se realizează prin două mecanisme : prin neutralizarea în mod direct a radicalilor liberi de oxigen, și prin creșterea nivelului de glutatation redus ( GSH ) – cel mai puternic antioxidant endogen. După administrarea de Erdosteina nivelul de GSH în lichidul de lavaj bronhoalveolar este mai mare decât cel plasmatic, ceea ce atestă specificitatea efectului antioxidant al Erdosteinei pentru căile respiratorii.

Studii (dublu orb, randomizate, controlate placebo) pe termen lung, la pacienții cu BPOC care au primit Erdosteina (1 cps x 2/zi) au arătat următorul efect: pacienții care au primit Erdosteina (asociată terapiei de bază în BPOC) nu au înregistrat scăderea VEMS pe parcursul celor 8 luni de tratament, și au arătat o îmbunătățire semnificativă a calității vieții comparativ cu pacienții care au primit doar terapia de bază..

În concluzie, Erdosteina adăugată terapiei de bază în BPOC are reale beneficii în stoparea declinului funcției respiratorii, crește calitatea vieții, scade cu 45 % numărul de acutizări și scade cu 30% costul social al pacienților cu BPOC, fiind în același timp extrem de bine tolerat, neînregistrându-se practic reacții adverse. Prin aceste rezultate se deschide o nouă perspectivă în tratarea BPOC.

## GHID DE ASTM BRONȘIC PENTRU MEDICII DE FAMILIE

*Dr. Monica Bătăiosu, Dr. Alexandra Câră, Dr. Daciana Toma,  
Dr. Mădălina Dumitrescu, Dr. Cristina Isar, Dr. Cristina Lupașcu*

De ce un ghid de astm pentru medicul de familie?

Motivele care ne-au convins în alegerea făcută ar fi următoarele:

- astmul este o boală cu incidență în creștere alarmantă în toată lumea, atât în țările dezvoltate cât și în celelalte țări;
- este cea mai frecventă boală cronică la copil;
- este una din componentele “marșului alergic”;
- diagnosticul este dificil la copil, datorită dificultăților de efectuare a spirometriei
- tratamentul cu preparate cu administrare inhalatorie este dificil la copil
- AB afectează viața de zi cu zi a copilului și familiei acestuia, putând avea ca urmare slaba dezvoltare psiho-somatică a copilului, în paralel cu o marginalizare a acestuia de către cei din jur.

Ghidul își propune să fie un instrument la îndemâna MF care sa ne fie un sprijin real atunci când ne întrebăm dacă un pacient e sau nu la risc de a dezvolta AB, dacă tusea pe care o are un pacient este un episod în contextul unei intercurențe sau debutul unui AB, care e tratamentul cel mai adecvat al crizei, dar tratamentul de baza, cum monitorizez corect și eficient un pacient cu AB?

Așa a aparut nevoia unui ghid de AB.

## CHESTIONARELE, INSTRUMENTE DE DIAGNOSTIC PRECOCE AL ASTMULUI BRONȘIC LA COPIL

*Dr. Alexandra Căra, medic primar formator medicina familiei;  
Prof. Dr. Frank Buntinx (Univ. Maastricht și Leuven);  
Sârzea Vlad George, student Facultatea de Medicină Titu Maiorescu*

Astmul bronșic poate avea un debut la vârstă mica. La copil este de obicei de cauză alergică. Copiii cu astm pot avea antecedente de rinite alergice, dermatite atopice, urticarii și alte manifestări alergice care sugerează un teren atopic. Cea mai evidentă asociere e cu rinita alergică. Până la 80% din copiii cu rinită alergică vor avea astm bronșic.

În majoritatea cazurilor, astmul bronșic debutează sub 5 ani. Boala este greu de diagnosticat la copiii mici. Din punct de vedere simptomatic, boala poate fi confundată cu o răceală, uneori singura manifestare fiind tusea, iar posibilitățile de diagnostic paraclinic la copil sunt limitate. Nu trebuie uitat că 20% dintre copii prezintă wheezing în cadrul unor bronșite sau bronșiolite.

Având în vedere că diagnosticul este mai dificil la copil, se pot folosi chestionare pentru diagnosticul de astm atunci când nu avem alte posibilități de investigare. Chestionarele ISAAC au fost folosite în studii ample și s-au dovedit utile. Ele pot fi folosite și ca instrument de screening.

Folosind astfel de chestionare la copiii din clasele 2-5, cu ajutorul părinților, am putut aprecia prevalența rinitei în rândul acestei grupe de vârstă cât și prevalența simptomatologiei astma-like la copiii care nu au fost diagnosticați cu astm bronșic. Au fost folosite chestionarele pentru astm și rinită alergică la un număr de 436 copii din 2 școli, una din mediul urban și una din mediul rural. Prezența simptomelor de astm a fost confirmată la 71 copii din urban, adică 33,5% au avut unul sau mai multe simptome, dintre aceștia 21,7% au prezentat wheezing și 7 au fost diagnosticați cu astm. În rural, din 223 de copii, 11 au avut unul sau mai multe simptome de astm adică 4,5% și doar un copil a fost diagnosticat cu astm. Pentru simptomatologia de rinită s-a găsit un procent de 19,8% afectați în urban față de 27,4% în rural.

S-ar putea ca în unele cazuri părinții să facă confuzii între rinoreea alergică și cea din infecțiile intercurente sau să nu își amintească toate simptomele. Cert este că un număr mare de copii au prezentat simptome astma-like și dintre aceștia se vor selecta viitorii astmatici. Cunoașterea riscului pentru acești copii este esențială în conduita terapeutică și monitorizare. Chestionarele ne permit o evaluare a fiecărui copil pentru situațiile în care accesul la teste suplimentare este limitat.

## RENUNȚAREA LA FUMAT PRIN STRATEGIA MINIMEI INTERVENȚII (SMI)

*Dr. Wim Willems, Universitatea de Medicina, Free / Amsterdam/ Olanda*

Renunțarea la fumat este de departe cea mai cost eficientă intervenție în domeniul

bolilor cardiovasculare și a bolilor cronice obstructive de plămâni.

Medicii de familie se simt adesea frustrați în încercările lor de a-și face pacienții să renunțe la fumat. Impresia generală este că fumătorii nu vor înceta să fumeze sau o vor face doar pentru câteva zile. Efectul este că medicii de familie renunță să-și convingă pacienții, ne mai aducând subiectul în discuție.

Strategia Minimei Intervenții a fost dezvoltată pentru a crește șansele ca fumătorii să renunțe definitiv la fumat și, în același timp, pentru a preveni frustrările medicilor.

Punctul central al SMI este ca medicul să aloce energia sa de a convinge, pacientului potrivit, la momentul potrivit. Metoda este flexibilă și ușor de învățat, și nu ia mult timp pentru a fi pusă în practică.

Strategia Minimei Intervenții a fost inițiată pentru renunțarea la fumat dar poate fi folosită în toate situațiile care presupun schimbarea obiceiurilor.

## **REDUCEREA LDL-COLESTEROL IN PRACTICA CLINICA**

*Dan Găita, Institutul de Boli Cardiovasculare Timisoara*

Managementul actual al pacienților cu dislipidemie este grevat de complianța scăzută a pacienților atât la măsurile igienico-dietetice, cât și la tratamentul medicamentos. Cu toate acestea, ghidurile de prevenție cardiovasculară, atât cel european (care va fi revizuit cu ocazia Congresului ESC de la Viena, 2007) cât și cel american subliniază clar beneficiul adus de respectarea tintelor de tratament referitoare la nivelul LDL-Colesterol, stabilite în concordanță cu nivelul de risc cardiovascular al pacienților.

Deci, pentru a recomanda un tratament hipolipemiant corect, un medic trebuie să evalueze întâi nivelul de risc cardiovascular și apoi să recomande cel mai eficient regim medicamentos și igienico-dietetic, fără însă de a uita să explice pacientului beneficiile pe termen mediu - lung ale controlului nivelului de colesterol, pentru a asigura o complianță cât mai bună.

Urmărirea atingerii acestor ținte revine de cele mai multe ori medicului de familie, indiferent de cine a inițiat tratamentul hipolipemiant. Prezentarea ofera informații folositoare asupra celei mai eficiente statine, rosuvastatina, și a modului în care acest produs vine în întâmpinarea nevoilor de a controla riscul cardiovascular prin respectarea tintelor terapeutice ale LDL-C stabilite de ghidurile actuale.

## **TOMOGRAFIA CU EMISIE DE POZITRONI -TEP/CT DIAGNOSTICAREA IN ONCOLOGIE**

*Zsolt Lengyel, Szabolcs Szakáll Jr., Péter Molnár  
Pozitron-Diagnosztika Kft., Budapest, Hungary  
DR. Florin Bacanu, medic primar oncolog*

În zilele noastre, tomografia cu emisie de pozitroni (TEP) este una din cele mai avansate metode de imagistică medicală. TEP ofera imagini ale proceselor biochimice din



organism cu ajutorul moleculelor marcate cu izotopi emittori de pozitroni. Cel mai folosit vehicul pentru marcaj este  $^{18}\text{F}$  – flor-deoxyglucoza (FDG) care se acumuleaza in celulele cu metabolism crescut de glucoza. Distributia in tesuturi a FDG si a altor substante de marcaj TEP este strins legata de diferitele functii ale celulei (i.e metabolism, receptorii exprimati), permitind astfel proceselor patologice sa fie identificate si localizate. Tehnicile functionale de imagistica pot identifica bolile cu mult mai devreme decit se face prin observarea schimbarilor anatomice evidente. Astazi scanererele TEP sunt prevazute cu computere tomograf multi-detectoare, astfel informatia functionala contopindu-se cu informatia anatomica intr-o singura imagine, in timpul unei sesiuni imagistice rapide. FDG TEP/CT este folosit cu precadere in Oncologie (aprox. 85-90% din indicatiile) si este mai putin extins in neuro-psihiatrie (5-10%) si cardiologie (~5%). Acest lucru se intimpla intrucit tumorile acumuleaza mai multa glucoza (si implicit FDG) decit celulele normale. In anii recenti, TEP/CT a adus schimbari majore in diagnosticarea oncologica.

FDG TEP/CT ofera detectare si localizare mai exacta a tumorilor din diferitele forme de cancer, inclusiv cel de plamini, esofag, colorectal, de sin, cervical, ovarian, la cap si git, cit si pentru melanom si limfom. TEP/CT este de asemenea o metoda excelenta pentru detectarea precoce a recurentelor, ceea ce inseamna relevarea tumorilor care pot fi ascunse de cicatricile care ramin dupa interventiile chirurgicale si iradiere.

TEP poate fi indicat si in evaluarea precoce a raspunsului la terapie. De asemenea poate fi folosit in verificarea gradului de malignitate intr-o maniera non –invazivă si pentru alegerea locului pentru biopsie in cazul leziunilor multiple sau intinse. TEP/CT poate fi util in localizarea tumorilor oculte care nu pot fi identificate prin nici o alta metoda imagistica.

Desi TEP/CT reprezinta inca o metoda imagistica noua, aceasta tinde sa devina metoda preferata in domeniul imagisticii oncologice si joaca un rol din ce in ce mai important in imagistica clinica moleculara.

## **METODE DE SUCCES ÎN RENUNȚAREA LA FUMAT**

*Dr. Magda Ciobanu, specialist în pneumologie, Institutul Marius Nasta București*

Din anii '70, fumătorii nu mai sunt singuri atunci când doresc să abandoneze fumatul. Medicii și psihologii le pot fi alături, folosind metode specifice (tratament medicamentos, consiliere de specialitate) care să îi ajute să depășească perioada de sevraj tabagic - cel mai important obstacol în calea fumătorului care a decis să nu mai fumeze.

Organizații profesionale cu renume au realizat ghiduri pentru tratamentul tabagismului și au precizat, pe baza unor metaanalize, eficiența diverselor metode - medicale și paramedicale. Aceste metode vor fi detaliate pe parcursul prezentării, insistându-se asupra nou-venitelor în familia remediilor pentru tabagism.

Totdată va fi prezentat pe scurt și programul Ministerului Sănătății Publice de sprijinire a celor care doresc să renunțe la fumat.

## RELATIA DINTRE COMPLIANTA LA TRATAMENT SI AMELIORAREA SIMPTOMELOR IN DISPEPSIA FUNCTIONALA

*Anca Balan, medic primar MG/MF, doctor in stiinte medicale*

Dispepsia functionala este o problema importanta pentru femeile din zona noastra geografica. Clasificarea Roma II (criterii de diagnostic bazate pe simptome), a permis un tratament diferentiat pentru tulburarile functionale gastrointestinale. Cu toate acestea, complianta la tratament este scazuta, fiind un motiv de frustrare pentru medicii de familie.

Obiective: Folosind metode de tratament standardizate, am investigat la femei muncitoare din Romania, relatia dintre ameliorarea simptomelor si complianta la terapie si factori care influenteaza complianta.

Metoda: Inr-un studiu de cohorta, datele au fost culese printre angajatele unei fabrici de confectii din Cluj Napoca. In urma consimtamantului informat, au fost incluse in studiu, 70 de femei prezentand dispepsie functionala si care erau prezente la lucru in perioada respectiva. La o prima intalnire angajatele au completat un chestionar cu date despre starea de sanatate la momentul respectiv, conditii sociale si de munca. Fisele medicale au fost verificate pentru depistarea patologiei cronice. Diagnosticul a fost pus pe baza unei liste de simptome, endoscopiei conform criteriilor de diagnostic Roma II. Urmarirea s-a facut in cabinetul generalistului timp de 6-8 luni (cel putin 2 intalniri si telefoane lunare). Terapia a constat din consiliere, recomandari dietetice si farmacologice adaptate tipului de dispepsie. Datele au fost prelucrate folosind SPSS 9. Caracteristicile populatiei studiate au fost analizate din punct de vedere al frecventei, deviatiei standard si mediei aritmetice. Complianta la terapie a fost comparata cu ameliorarea simptomelor folosind analiza bivariata si analiza logistic regresiva.

Rezultate: Relatia dintre complianta la terapie si ameliorarea simptomelor a fost gasita statistic semnificativa ( $p < 0.01$ ), (OR=3.9, CI 1.3-11.8) la cele 70 de femei. Totusi un numar important de femei noncompliance la tratament, nu au prezentat ameliorarea simptomelor. O analiza complementara ar putea arata ca satisfactia profesionala scazuta si conditiile sociale existente ar influenta complianta la tratament.

Concluzii: In ciuda relatiei puternice statistic semnificative dintre complianta la tratament si ameliorarea simptomelor, exista totusi un grup la care am gasit discrepanata intre variabilele studiate.

## ASPECTE CLINICO-EPIDEMIOLOGICE ÎN HEPATITELE CU VIRUS B SI C

*DR. Gabriela Comișel, Conf. Univ. Dr. Mădălina Manea*

Creșterea frecvenței infecției cu virusurile hepatitice ridică probleme deosebite

sistemului sanitar. Ne-am propus să cunoaștem:

1. Prevalența infecției cu virusuri hepatitice B și C în populația înscrisă la nivelul unui cabinet medical de familie din Craiova. 2. Factorii de risc pentru infecția cu virusuri hepatitice B și C. 3. Corelații clinico-epidemiologice în infecțiile cu virusuri hepatitice B și C.

Am organizat un studiu (prospectiv) cohort, în perioada noiembrie 2006 – ianuarie 2007, la un cabinet de medicina familiei din orașul Craiova, județul Dolj. Din cele 1250 de persoane înscrise la cabinetul nostru au fost selectate prin randomizare un număr de 200 de persoane pentru a fi introduse în studiu. Pentru determinarea viremiei s-a recoltat o cantitate de 2 ml sânge venos de la fiecare persoană. S-a determinat viremia fiecărui pacient, iar pentru evidențierea factorilor cauzali și favorizanți, precum și a manifestărilor clinice, fiecare persoană a răspuns la un chestionar aplicat de către medic.

Au fost de acord să participe la studiu un număr de 149 de persoane din cele 200 selectate.

Determinările de laborator au pus în evidența anticorpi anti HVC la 1 persoană (prevalența = 0.68%), antigene Ag HBS la 6 persoane (prevalența 3%) și anticorpi anti HBC la 41 persoane (prevalența 20.5%). S-au evidențiat anticorpi anti HBC 27.89%.

Prin completarea chestionarelor am evidențiat următoarele:

dintre factorii de risc pentru infecțiile cu virusuri hepatitice, proveniți din condițiile de viață și de muncă, antecedente heredocolaterale, antecedente personale patologice: profesii în care se manevrează sânge uman 4.69%, călătorii în străinătate 15.43 %, privire de libertate în 0.67%, antecedente heredocolaterale cu infecții cu virusuri hepatitice C sau B 29.5%, antecedente personale patologice cu infecții cu virusurile B sau C 8.69%, antecedente heredocolaterale de hepatite cronice 19.52%; infectare cunoscută cu virus hepatitic B 1.47%, infectare cu virus hepatitic C cunoscută 1.36%.

factori de risc pentru infecțiile cu virusurile hepatitice B sau C: transfuzii 12.24%, operații în antecedente 61.9%, spitalizări repetate în care s-au administrat tratamente injectabile 12.24%, injecții la domiciliu înainte de 1989, 60.54%, tratamente stomatologice care au necesitat manevre sângerânde 83.67%, tatuaje 2.04%, diverse manevre sângerânde 2.04% (nu s-au luat în considerare fixarea cerceilor 51.04%), accidente grave care au necesitat spitalizare 10.8%, nu a fost raportat consum de droguri la persoanele chestionate, folosirea lamelor de ras ale altor persoane 18.36%, boli cu transmitere sexuală în 12.24%, vârsta la primul contact sexual: 15-18 ani 21.08%, sub 15 ani %, contact sexual cu o persoană cu virus hepatitic B sau C 3.40%, consum de alcool 8.31%.

manifestări clinice prezente la persoanele incluse în studiu: oboseala 57.7%, durere în hipocondru 39.59%, tulburări ale dispoziției 38.25%, tulburări de concentrare 50.6%, scădere în greutate 10.7%, dispepsia 23.12%.

Vaccinarea împotriva virusului hepatitic B este destul de rară 16.1%

Prevalența infecției cu virus hepatitic B este de 20.5% iar cea cu virus hepatitic C de 0.5%, la nivelul populației înscrise la cabinetul nostru de familie. Factorii de risc, pentru infecția cu virusuri hepatitice, cei mai frecvent întâlniți la nivelul cabinetului nostru sunt operațiile medicale în antecedente, injecțiile efectuate la domiciliu, înainte de 1989 (când se presupune că se foloseau seringi cu sterilizare incertă). Este necesară profilaxia

infecției cu virus hepatitic B mai intensă. Datorită numărului redus de persoane din lotul de studiu, corelațiile clinico epidemiologice nu au ieșit semnificative statistic. Din acest motiv acest studiu a fost aplicat lărgit în 20 cabinete medicale de familie din sudul României pentru a avea rezultate semnificative statistic.

## **TULBURĂRILE AFECTIVE CA PATOLOGIE CRONICĂ ÎN ACTIVITATEA MEDICULUI DE FAMILIE**

*Prof. Univ. Dr. Florin Tudose, Departamentul Psihiatrie de Legătură  
al Spitalului Universitar de Urgență București*

Patologia afectivă, sub formele sale cele mai diverse (tulburare afectivă, distimie, depresie organică, tulburarea anxioasă generalizată) reprezintă adesea o problemă majoră pentru medicul de familie, care devine un adevărat coterapeut cu psihiatrul.

Lucrarea prezintă o serie de situații, nu rareori dificile, în care medicul de familie trebuie să se implice.

## **APARIȚIA TULBURĂRILOR COGNITIVE LA VÂRSTA A III-A – DEBUT AL AFECȚIUNILOR CRONICE DE TIP DEMENTIAL**

*Dr. Cătălina Tudose, Medic șef secție – Secția II clinic,  
Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof.Dr. Alexandru Obregia*

Creșterea segmentului de populație de peste 65 de ani, în ultimele decenii, este tot mai rapidă și implică apariția mult mai frecventă a unei patologii centrată pe tulburările cognitive.

Cel mai adesea, acestea se cronicizează și se amplifică, constituind tablouri de tip demențial.

Lucrarea de față pune în evidență mijloacele de diagnostic precum și abordarea terapeutică a situațiilor în care, un astfel de pacient, se prezintă la medicul de familie.

## **DEPRESIA ADULTULUI – GHID DE PRACTICA PENRU MEDICII DE FAMILIE**

*Dr. Iuliana Popa, Dr. Aurel Condrea, Dr. Iuliana Picioareanu,  
Dr. Dana Ștefana Popescu, Dr. Maria Ioniță*

Grupul este implicat în elaborarea unui ghid de practică de novo, bazat pe dovezi, privind managementul depresiei adultului în practica medicului de familie.

În realizarea acestui ghid se respectă metodologia elaborată de către Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei, pe baza cărui au fost realizate și precedentele

ghiduri de practică. În sumar, metodologia presupune transpunerea conținutului activității de diagnostic și tratament a depresiei adultului într-o suită de întrebări care constituie planul de bază al ghidului. Fiecare întrebare generează cuvinte-cheie, ce stau la baza căutării sistematice a literaturii științifice în bibliotecile reale și virtuale. Este selectată literatura publicată în ultimii 10 ani. Studiile identificate sunt stocate în fișiere corespunzătoare fiecărei întrebări, alcătuind baza de date. Fiecare articol este recenzat critic de către doi membri ai echipei care lucrează independent. Concluziile articolelor valide și relevante vor sta la baza formulării recomandărilor ghidului.

În prezent, grupul de lucru definitivează planul de bază al ghidului. Căutarea literaturii și recenzarea critică sunt în desfășurare.

Realizarea unui ghid de novo presupune un volum de muncă apreciabil și aptitudini speciale din partea grupului de lucru.

Dacă autoritățile recunosc importanța medicinei bazate pe dovezi, este necesară și susținerea în fapt a acestei activități.

## SCREENINGUL DEPRESIEI. FACTORI DE RISC IMPLICAȚI ÎN DEPRESIA ADULTULUI

*Dr. Aurel Condrea, Dr. Iuliana Popa, Dr. Iuliana Piciorescu,  
Dr. Dana Ștefana Popescu, Dr. Maria Ioniță*

30-40% din adulți au probleme de tipul depresiei și/sau anxietății, iar 25% din populație va necesita, într-un moment al existenței, intervenția medicală pentru probleme de natură psihologică. Cu toate acestea, screeningul depresiei la persoanele adulte rămâne o problemă controversată. În favoarea unui screening de rutină ar fi faptul că peste 50% dintre pacienții cu depresie nu sunt diagnosticați în medicina primară, ceea ce implică costuri sociale și personale considerabile. Pe de altă parte aplicarea unor metode de screening necesită timp și personal instruit, iar beneficiile sale nu au fost clar identificate mai ales pentru medicina primară.

Identificarea factorilor de risc pentru depresia adultului și a rolului acestora în screeningul depresiei în practica medicului de familie.

Realizarea acestui capitol al ghidului respecta metodologia elaborată de către Centrul National de Studii pentru Medicina Familiei pe baza căruia au fost realizate și precedentele ghiduri de practică. A fost selectată literatura publicată în ultimii 10 ani. Studiile identificate au fost recenzate critic de către doi membri ai echipei care au lucrat independent. Concluziile articolelor valide și relevante au stat la baza formulării recomandărilor acestui capitol al ghidului.

Studiile indică faptul că două întrebări centrate pe starea afectivă și interesul pentru activitățile curente ale pacientului par la fel de eficiente în comparație cu chestionarele mai elaborate și sunt mai ușor de aplicat în activitatea de rutină a medicului de familie

pentru depistarea persoanelor depresive.

Aceleasi studii relevă că screeningul ar putea aduce beneficii mai importante dacă este aplicat unor populații cu risc înalt de a dezvolta o depresie, cum ar fi persoanele cu boli cronice (boli cardiace, cerebrovasculare, artroze, durere cronică, neoplazii), femeile aflate înainte sau după naștere, persoanele cu antecedente personale sau familiale de depresie sau alte tulburări afective, persoanele dependente de alcool sau droguri.

Trialurile analizate arată că screening-ul a fost mai eficient când a fost asociat cu o abordare integrată în managementul depresiei.

Screeningul pentru depistarea depresiei ar trebui aplicat de către medicul de familie persoanelor cu risc înalt pentru această afecțiune, cum ar fi cele cu antecedente personale sau familiale de depresie, cele cu boli fizice grave sau care prezintă alte tulburări de sănătate mentală.

## CHESTIONARUL CVADRIDIMENSIONAL DE IDENTIFICARE A SIMPTOMELOR (4DSQ) DE CE ȘI CUM ÎL FOLOSIM?

*Berend Terluin, MD, PhD, Olanda*

Chestionarul cvadridimensional de identificare a simptomelor (4DSQ) conține 50 de întrebări, distribuite pe 4 scale: suferința mentală, depresia, anxietatea și somatizarea. În medicina generală, acest instrument se poate folosi pentru depistarea și cuantificarea suferinței psihice, pentru depistarea tulburărilor depresive și de anxietate și pentru somatizare. Mai mult decât atât, 4DSQ poate ajuta medicul în includerea pacientului în discuția pe teme psihosociale și în monitorizarea pacientului.

Scala referitoare la Suferința psihică măsoară suferința mentală asociată cu problemele psihosociale și cu disfuncționarea socială. Scalele Depresiei și Anxietatii măsoară simptomele specifice ale tulburărilor depresive și anxioase, iar rezultatul chestionarului reflectă probabilitatea de a prezenta astfel de tulburări. Scala Somatizării prezintă măsura în care pacientul suferă de simptome fizice, de cauză neexplicată medical, situație în care sunt implicați mulți factori cu rol important.

Scorul obținut la Somatizare este corelat cu suspiciunea medicului de existență a unor factori psihosociale la pacienții cu acuze fizice.

Un scor ridicat rezultat în urma analizării chestionarului 4DSQ se poate asocia cu diverse intervenții specifice:

- În cazul unui scor ridicat, obținut la Suferința mentală, îi indică medicului necesitatea unei discuții cu pacientul asupra dificultăților psihosociale, a încurajării pacientului să-și rezolve problemele și necesitatea din partea medicului de a oferi suport psihosocial dacă este necesar.

- În cazul unui scor ridicat pe scala Depresiei, medicul trebuie să încerce să diagnosticheze tulburarea depresivă și să o trateze adecvat sau să trimită la specialist.

- În cazul unui scor ridicat pe scala Anxietatii, medicul trebuie să încerce să diagnosticheze tulburarea de anxietate, să o trateze adecvat sau să trimită la specialist.

- În cazul unui scor ridicat pe scala Somatizării, după examinarea pacientului, medicul trebuie să ofere pacientului explicații și asigurarea că fizic nu există probleme, să redirecționeze atenția acestuia către posibile probleme psihosociale și să trimită, în caz că e necesar, către terapie comportamentală cognitivă.

În ceea ce privește monitorizarea pacienților, schimbarea scorului pe scala Suferinței mentale reflectă cel mai bine îmbunătățirea stării clinice.

## DE LA SIMPTOME NEEPLICABILE, LA EXCESUL DE SIMPTOME ȘI LA .....BOLNAVUL ÎNCHIPUIT

*Dr. Joop Stam, Universitatea Free, Amsterdam/Olanda*

Cei mai mulți pacienți care vin în cabinetele noastre nu sunt cei cu boli cronice ci cei care se plâng, de cele mai multe ori, de dureri vagi.

Ei sunt cei care ne vizitează ani și ani de-a rândul și ne determină să-i trimitem la alți specialiști. Ei sunt cei care "îngrașă" fișele medicale din cabinetul nostru.

Acest gen de acuze se încadrează în ceea ce numim procesul de somatizare (pacienții pun prea mult accentul pe aspectul fizic al durerii lor).

Pacienții care somatizează cer ajutor pentru acuze care nu au o bază medicală.

Ce putem noi, medicii de familie să facem în această situație? Ne simțim frustrați, lipsiți de puterea de a oferi ajutor? Ce atitudine trebuie să adoptăm?

Oare tratarea acestui gen de pacienți intră în sfera de atribuții a medicului de familie? Sentimentele de neputință ale medicilor de familie sunt deseori legate de lipsa de informații despre cum ar trebui abordați acești pacienți.

Ce putem noi face pentru ei? FOARTE MULT!

Prin întrebările puse pacientului putem să ne formăm o părere care să ne ajute să-l ghidăm spre ce e mai bine pentru el.

Un medic care are în centrul interesului său pacientul, trebuie să arate interes față de acesta și după ce a exclus boala, dar acuzele exprimate de pacient continuă.

Cheia succesului este COMUNICAREA fondată pe încredere reciprocă.

Cum să câștigăm încrederea pacienților? Ce fel de întrebări să punem unor astfel de pacienți și în ce ordine? Pe lângă întrebări, mai putem interveni în diverse alte moduri în funcție de pacient și medic. "Tangoul se dansează în doi"!!!!!!

E dificil de adaptat ritmul, e greu la început, dar e provocator.

## ATELIER DE SĂNĂTATE MENTALĂ PENTRU MEDICII DE FAMILIE

Șef lucrări *Dr. Elena Mădălina Dumitrescu, Dr. Cristian Săndulescu, Dr. Gabriela Comișel,*

*Dr. Voni Călinescu, Prof. Univ. Dr. George Bădescu*

Medicul de familie trebuie să-și actualizeze cunoștințele, deprinderile, atitudinile și comportamentele în domeniul sănătății mentale.

Am conceput un program educațional pentru medicii de familie. Echipa de formare a fost alcătuită din: medic psihiatru, psihoterapeut clinic și doi medici de familie cu cunoștințe și abilități specifice. Suportul de curs a fost pe hartie format A4 precum și pe CD. Cunoștințele dobândite le-am evaluat prin pre și post test, iar prin chestionar anonim s-a obținut aprecierea participanților cu privire la: îndeplinirea așteptărilor acestora și a obiectivelor programului, relevanța conținutului pentru practică, metodologie și tehnici, utilitatea materialelor din program, eficiența lectorilor, climatul învățării. În același chestionar am identificat la care din subiecte participării ar fi dorit să se acorde mai mult timp, ce au aflat nou, care au fost punctele slabe ale sesiunii și ce sugestii au pentru îmbunătățirea programului.

Rezultatele au fost : 68,18% dintre participanți au răspuns corect la peste 75% dintre întrebările post-testului. Cel puțin 72,22 au apreciat cu foarte bine și excelent fiecare dintre cei 7 itemi. 77,27% dintre participanți consideră noi cel puțin una dintre: criteriile de diagnostic pozitiv și diferențial al depresiei, tulburărilor de somatizare, anxietatea de sănătate, sindromul de hiperventilație, importanța psihoterapiei, abordarea pacientului cu depresie, tulburare de somatizare, principii de tratament. Sunt participanți care propun: desfașurarea programului pe mai multe zile, discutarea cazurilor întâlnite în practică, mai

multe tehnici de psihoterapie, tratamentul tulburărilor afective la tineri, activități de prevenție.

## POMONA II- EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE A PERSOANELOR CU DIZABILITATE INTELECTUALĂ ÎN BOLI CRONICE ȘI NEVOI DE ÎNGRIJIRE

*Dr Alexandra Câra CNSMF, Christine Linhan (Centre for Disability Studies, University College Dublin); Filip Cristina Alexandra, student Facultatea de Medicina Titu Maiorescu*

În 2002 a fost demarat Programul POMONA, "Program de Monitorizare a Sănătății". Scopul proiectului era dezvoltarea unor indicatori de sănătate specifici persoanelor cu dizabilitate intelectuală rezidenți în UE.

Pasul următor a fost POMONA II (2005 - 2008) care are ca scop operaționalizarea indicatorilor de sănătate în acord cu recomandările OMS (1996) ale Comisiei Europene (Robine 2003) și ale Națiunilor Unite (Meltzer 2003) și care să permită compararea cu



populația generală.

Aceste chestionare permit evaluarea stării de sănătate a persoanelor cu dizabilitate intelectuală și a nevoilor lor de îngrijire. În absența unui sistem formal de monitorizare a acestei populații, a fost propus un set de indicatori care cuprinde 18 arii de includere.

S-au stabilit indicatori de sănătate clasificați în 4 categorii:

1. Demografici: prevalența, locuința, ocupație zilnică, venit, speranță de viață;
2. Stare de sănătate: epilepsie, sănătate dentară, index de masă corporală, sănătate mintală, analizatori senzoriali, mobilitate;
3. Indicatori determinanți: activitate fizică, tulburări de comportament, medicație psihotropă folosită;
4. Indicatori legați de sistemul sanitar: contactul cu specialiștii din spital, controlul stării de sănătate, promovarea sănătății, pregătirea medicilor în acest domeniu.

Chestionarul obținut permite înregistrarea gradului de dizabilitate intelectuală, coexistența altor boli invalidante, bolile cronice coexistente.

Rezultatele obținute în urma aplicării chestionarului evidențiază nevoile de îngrijire și instruire ce trebuie acordate persoanelor cu dizabilitate intelectuală. Chestionarul cuprinde capitole legate de integrarea socială a persoanelor cu dizabilitate intelectuală.

Studiul pilot al cărui scop a fost de adaptare practică a chestionarelor a fost încheiat. Numărul persoanelor chestionate nu permit o analiză statistică complexă, dar ne permit o analiză a nevoilor de dezvoltare a serviciilor medicale și sociale. Deși legislația prevede o dezvoltare a îngrijirilor acordate acestei categorii, s-a făcut foarte puțin în practică.

## **MEDICUL DE FAMILIE – FACTORUL PRIMORDIAL ÎN PROMOVAREA MEDICINII ANTI- AGING**

*Lector univ. Dr. Olga Djamo*

Studii științifice recente arată faptul ca aproape fiecare genă de îmbătrânire este profund influențată de excesul de insulină și de efectele acesteia asupra sistemelor hormonale. Astfel reducerea excesului de insulină devine un factor critic într-un program anti-îmbătrânire. Defapt, toți markerii procesului de îmbătrânire pot fi considerați ca un grad crescător de dezechilibru hormonal, facilitat de excesul de insulină, pe măsură ce îmbătrânim.

Încetinirea procesului de îmbătrânire are la bază un control hormonal îmbunătățit. Controlul hormonal îmbunătățit e determinat la rândul său de dieta aleasă. Ne putem aștepta la o diferență de 20 de ani între vârsta noastră reală și cea biologică. Inversarea procesului de îmbătrânire nu se referă la ideea unei vieți veșnice, ci la “o viață mai bună și mai îndelungată”.

În afara dietei corespunzătoare, exercițiul sportiv moderat, eliminarea toxinelor din

corp și reducerea stressului îmbunătățesc controlul hormonal.

Cu siguranță, tratamentele pentru mărirea longevității practicate în paralel cu programul de bază anti-aging pot avea un puternic efect sinergetic asupra sănătății fizice și psihice.

Medicul de familie ocupă un loc esențial în practicarea medicinei anti-aging, ameliorând calitatea vieții pacienților în vârstă, încetinind evoluția bolilor cronice legate de procesul de îmbătrânire.

## ULCERUL DE GAMBA ȘI CHIRURGIA FĂRĂ STRIPPING, O METODĂ TER- APEUTICĂ DE SUCCES

*Dr. Florin Comșa, medic specialist chirurgie vasculară,  
Centrul de Diagnostic și Tratament „Dr. Victor Babeș”, București*

Introducere: Afecțiunile venoase periferice – varicele și complicațiile lor, impun colaborarea strânsă între Medicina Primară (medicul de familie) și Specialist (dermatolog, cardiolog, chirurgul vascular).

De cele mai multe ori modificările tegumentare, în fond complicațiile bolii varicoase, se îndrumă la dermatologie din simplul motiv că pielea este oglinda complicațiilor bolii varicoase. Este îngrijorător faptul că odată ajuns la dermatolog, bolnavul cu varice voluminoase și eczemă, celulită și mai grav chiar cu ulcer al gambei, nu este îndrumat spre rezolvarea radicală, salutară a acestor complicații. Ulcerul de gambă se vindecă în foarte scurt timp după îndepărtarea cauzei, adică a refluxului venos care asfixiază zona cu sânge încărcat cu metaboliți.

Metoda: Studiul este efectuat pe un lot de 385 pacienți care au fost operați prin metoda Angelescu, în perioada 2005-2007, în Centrul de Diagnostic și Tratament „Dr. Victor Babeș”.

Intervenția: Metoda Angelescu sau chirurgia fără stripping – ca cea mai atraumatică metodă, nesângerândă, sub anestezie locală, în sistem ambulator „clinică de o zi”, trebuie să atragă bolnavul, altfel își duce suferința „sub tratament” ani de zile. Beneficiază de chirurgia fără stripping toți bolnavii cu varice complicate, în orice stadiu s-ar afla complicația bolii varicoase.

Concluzii: Îndrumarea bolnavilor spre tratament medicamentos, fizioterapic – băi carbogazoase, mofete, diferite ceaiuri din felurite plante, nu fac decât să inducă bolnavilor ideea că își tratează afecțiunea și așteaptă ani și ani efectele care nu apar. Abia atunci, uneori foarte târziu, în faza de complicații, bolnavul ajunge la tratamentul chirurgical indispensabil, pentru că s-a dovedit că atât scleroterapia cât și alte metode nu dau rezultatele scontate.

# INTERVENTII PENTRU PITIRIAZIS ROZEA

*Chuh AAT, Dofitas BL, Comisel GG, Reveiz L, Sharma V, Garner SE, Chu F*

## NOTIUNI GENERALE

Pitiriazis Rozea este o boala eritemato-scuamoasa care afecteaza adulti tineri. Cei mai multi se vindeca spontan in 2 pana la 12 saptamani. Poate determina un prurit sever.

## OBIECTIVE

Sa evidentiem cele mai eficiente interventii pentru Pitiriazis Rozea.

## STRATEGII DE CERCETARE

Am cautat studii in Registrul Special al Grupului de Dermatologie Cochrane, Registrul Central Cochrane de Trialuri Clinice Controlate, Medline (1966-2005), Embase (1976-2005), Biosis (1980-2002) si metaregistrul de Trialuri Controlate. Am verificat bibliografiile studiilor publicate si rezumatele lucrarilor de la conferintele importante de dermatologie, am avut corespondenta cu autorii trialurilor si am contactat industria farmaceutica.

## CRITERII DE SELECTIE RECENZIA SISTEMATIZATA

Trialuri controlate randomizat care au evaluat interventii (tratamente) pentru Pitiriazis Rozea..

## COLECTAREA DATELOR SI ANALIZA

Doi autori independenti au extras datele si au analizat calitatea datelor. Autorii trialurilor au fost contactati pentru a obtine datele care lipseau.

## REZULTATE PRINCIPALE

Am introdus in studiu 3 trialuri controlate randomizat (RCT): un trial de o putere mai mica, care compara efectele glycyrrhizinei, administrat intravenos, cu procaina administrata intravenos (23 pacienti), un trial de calitate medie ce compara cu betamethasone per os si asocierea (85 pacienti) si un trial de calitate buna ce compara efectele eritromicinei cu placebo in pitiriazis rozea.

Nu au fost diferente semnificative in rezolvarea pruritului, ca relatata de pacienti, la folosirea de: 4 mg dexchlorpheniramina per os, betamethasone 500 mg per os si combinatia dintre os, dupa doua saptamani de tratament. Atat dexchlorpheniramina 4m per os cat si bethametasona 500 mg per os par sa fie mai eficiente in prurit decat asocierea dintre 250 mg betamethasone per os si 2 mg dexchlorpheniramina per os, ca relatate de medic. Din pacate aceste interventii nu au fost comparate cu placebo.

Eritromicina per os este mai eficienta decat placebo per os in ameliorarea pruritului dupa doua saptamani de tratament (RR 13.99; 95% CI 1.91 to 88.64). Eritromicina per os este mai eficienta in reducerea eritemului decat placebo per os (diferenta de de 3.95 puncte, 95% CI 3.37 to 4.53). Nu s-au raportat reactii adverse serioase la interventiile folosite. Doi din 17 participanti care au primit eritromicina si unul din 17 participanti tratati cu placebo au raportat disconfort gastrointestinal

## CONCLUZII

Nu exista dovezi semnificative statistic pentru eficienta celor mai multe tratamente in pitiriazis rozea. Sunt necesare cercetari pentru viitor.

Eritromicina per os pare eficienta in tratamentul pruritului si in reducerea eritemului. Aceasta pare bine tolerata. Dar folosirea de rutina a eritromicinei in pitiriazis rozea nu este inca recomandata curent.

## CALITATEA ACTULUI MEDICAL IN PRACTICA MEDICULUI GENERALIST IN SISTEM PRIVAT DE SANATATE

*Mihaela Udrescu, Grupul de practica medicala, Clinica Medicover, Victoria*

Obiectivul pe care ni l-am propus este analiza utilizarii eficiente a resurselor umane si materiale in timpul consultatiei, pentru obtinerea celui mai bun rezultat.

Ca indicatori de referinta am folosit:

Gradul de respectare a ghidurilor si protocoalelor de practica medicala

Satisfactia pacientului

Metoda :

culegere date (in functie de parametrul pe care dorim sa-l imbunatitim) din baza de date a clinicii noastre. Am evaluat in cadrul a 161 dosare medicale justificarea recomandarii de diverse analize si modalitatea de investigarea HTA. De mentionat ca numarul de dosare nu ne permite sa tragem concluzii statistic semnificative.

alegere de criterii de interpretare (referinte-protocoale, ghiduri de practica medicala)

analiza datelor si prezentarea rezultatelor obtinute in grupul de practica. Aceasta analiza nu are semnificatie statistica, ci este importanta dpv al calitatii.

In final incercam sa apreciem ce facem bine, care sunt metodele de imbunatatire a rezultatelor noastre, dar si care ne sunt limitele.

Ce stim ca facem bine :

Din punct de vedere al medicului

Am reusit sa implementam in practica noastra curenta " Peer Review"

in sistemul de organizare a MEDICOVER medicul de MG este si manager al starii de sanatate a pacientului

Din punct de vedere al pacientului: nu am uitat ca pacientii apreciaza si comportamentul medicului (serviciul medical) pe langa actul medical in sine.

Ce stim sa facem mai putin bine – va ramane la aprecierea dumneavoastra.

## PROIECTUL PILOT VUNICRED – UN MODEL EDUCAȚIONAL IN ÎNVĂȚĂMÂNTUL VOCAȚIONAL DE MEDICINA FAMILIEI

*Prof. univ. Dr. Viorela Enăchescu, Conf. univ. Dr. V. N. Pârvulescu, Sef Lucrari dr. Ligia Florea, Sef lucrări. Dr. Sorin Beznă, Asist. univ. Dr. Cristiana Bărbulescu*

"Moștenirea" învățământului curricular în specialitatea de Medicina Familiei (MF), ca disciplină nou înființată, are actual o programă tematică într-o perioadă de tranziție, cu

stagiilor de durată insuficientă, fără a dispune de o bază clinică adecvată. Totodată învățământul vocațional, în specialitatea de MF, distribuit neuniform în majoritatea centrelor de pregătire, în sarcina catedrelor de MF și a medicilor instructori formatori de MF, beneficiază de o curriculă mult perfectibilă în conținut, în probleme de practică curentă și, mai ales, în probleme de management, comunicare și atitudine în practica de fiecare zi.

Supradimensionarea stagiilor de pregătire în spital și subdimensionarea celor din serviciile de ambulatoriu și centrele de primiri urgențe, un format inadecvat al tematicii și a bibliografiei examenului de confirmare în specialitate, precum și existența unui număr prea mare de rezidenți confirmați în specialitate, (prin redistribuirea candidaților nereușiți în alte specialități) sunt importante obstacole în calea întregului proces educațional.

Din aceste motive la inițiativa Centrului Național de Studii pentru Medicina Familiei, în colaborare cu Vrije Universiteit din Amsterdam și Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, s-a demarat, în februarie 2007, un proiect pilot de modernizare a învățământului vocațional. Proiectul este bazat pe sintagma "a învăța prin a face, a întreprinde" (learning by doing), opusă vechii practici "a învăța prin a asista sau a vedea" (learning by seeing). Procesul de învățământ este dictat de experiența practică a unei probleme identificate și rezolvate de către rezidenți.

În procesul de formare utilizăm metode educaționale noi: activitatea supervizată de tutori cu rol în monitorizarea și direcționarea modernă a procesului educațional, discuția unor cazuri clinice, prezentarea - step by step- a unor cazuri de patologie frecventă și complexă în practică, activitatea de peer assessment asupra vizitelor reciproce ale rezidenților în cabinetele de practică. Activitățile de formare vor avea planuri educaționale cuprinzând obiective clare și beneficiind de metode de evaluare atât ale rezidenților cât și ale formatorilor.

Obiectivele măsurabile ale proiectului constau în îmbunătățirea nivelului de formare pentru practica MF, prin rezultatele imediate obținute la examenul de confirmare în specialitate, dar mai ales prin rezultatele preconizate în timp, în schimbarea curriculei de specialitate, cu includerea sau dezvoltarea unor domenii de activitate slab reprezentate: abilitățile de comunicare, managementul suferințelor psihiatrice sau geriatrie, activitatea de cercetare, informatică medicală, practica medicinei bazate pe dovezi. Dorim ca acest pilot să devină un model educațional pentru a fi implementat la nivel național. El poate de asemenea demonstra o colaborare fructuoasă și benefică între catedrele de MF, instructorii formatori de MF, rezidenți, pe de o parte și instituțiile abilitate în desfășurarea procesului educațional, pe de altă parte.