ASOCIAȚIA MEDICILOR ŞI FARMACIŞTILOR MILITARI DIN ROMÂNIA

Membri de onoare: Gl.mr. (r) acad.prof. dr. Victor VOICU
Gl.div. (r) dr. Petru CHERTIC
Gl.mr. (r) prof.dr. Mihai AUGUSTIN
Gl.lt. (r) prof. dr. Şerban MARINESCU
Gl.bg. dr. Viorel BÂTCĂ
Gl.bg. conf. dr. Marian MACRI

CONSILIUL DIRECTOR – BIROUL EXECUTIV

Preşedinte: Gl. mr.prof.univ.dr. Ioan SÎRBU – şeful Direcției medicale

Vicepreşedinți Col. şef lucr. dr. Dragoş CUZINO – S.U.U.M.C.
Col. conf. dr. Vasile DANIEL– S.U.U.M.C.
Col. şef lucrări dr. Ovidiu NICODIM- S.U.U.M.C.
Secretar general: Mr. dr. Constantin ŞTEFANI – Direcția medicală
Trezorier: Cpt.ec. Adriana RADU – Direcția medicală

CONSILIUL CONSULTATIV

Membri: Gl. bg. dr. Mihai MUREŞAN – S.U.U.M.C.
Col.dr. Cornel TIȚA – SCUM Craiova
Col.dr. Petre PRIDIE – SMU Sibiu
Lt.col.dr. Iulian PETRESCU – SMG
Lt.col.dr. Doina BĂLTARU – S.M.U. Cluj
Lt.col. farm. Ovidiu KELER – SMU Cluj
Lt. col. dr. Traian CHIRIAC – SCMU Iaşi

Comisia de cenzori: Mr. jur. mil. Carmen IONESCU
Mr. farm. Cristian POPESCU
Lt.col. (r) ec. Mirela GHEORGHIȚĂ

COLEGIUL DE REDACȚIE AL REVISTEI DE MEDICINĂ MILITARĂ

Redactor şef: Col. şef lucr. dr. Dragoş CUZINO
Redactori şefi adjuncți: Col. conf. dr.Daniel VASILE
Col. dr. Constantin GROZAVU
Lt.col. dr. Aurelian MORARU
Secretar general de redacție: Ing. Vasilica STRICHEA
Secretar adjunct de redacție şi consiliere editorială: Dumitru NICOLESCU
Procesare şi tehnoredactare: Laura COCOŞ

CONSILIUL ŞTIINȚIFIC AL REVISTEI DE MEDICINĂ MILITARĂ

Gl. bg. dr. **Mihai MUREŞAN** (Boli interne);
Col. conf. dr. **Gheorghe MOSCALIUC** (O.R.L.);
Col. şef lucr. dr. **Adrian NISTOR** (Chirurgie Orală şi Maxilo-Facială);
Col. şef lucr. dr. **Aurelian RANETTI** (Boli endocrino-metabolice);
Col. dr. **Paul OPREA** (Chirurgie Generală);
Col. dr. **Constantin GROZAVU** (Chirurgie toracică);
Col. dr. **Ştefan ION** (Boli Infecțioase);
Col. dr. **Adrian STAN** (Medicină operațională);
Col. dr. **Viorel TRIFU** (Dermatovenerologie);
Col. dr. **Răsvan-Nicolae HRISTEA** (Medicină Aerospațială);
Col. farm. **Hariton ROMAN** (Farmacie);
Lt.col. conf. dr. **Dorin MERCUȚ** (Chirurgie generală);
Lt.col. dr. **Aurora COTEA** (Laborator Clinic);
Gl.bg. (r) prof. dr. **Ioan CODOREAN** (Imagistică Medicală);
Gl.bg. (r) prof. dr. **Adrian BARBILIAN** (Ortopedie-Traumatologie);
Gl. bg. (r) prof. dr. **Dan MISCHIANU** (Urologie);
Col.(r) conf. dr. **Viorel ARMAŞU** (Psihiatrie);
Col.(r) dr. **Vasile CIURCHEA** (Expertiză Medico-Militară).

REDACȚIA: Str. Institutul Medico-Militar, nr. 3-5, sector 1, BUCUREŞTI, R – 010919, Tel./fax: 021/312.53.86
e-mail: **rev.medmil@gmail.com**
RMM este introdusă în Nomenclatorul Publicațiilor Medicale al CMR şi medicii abonați sunt creditați cu **5 credite**.
RMM este recunoscută de CNCSIS şi inclusă la Reviste categoria „C".

REVISTA DE MEDICINĂ MILITARĂ

(REVISTA SANITARĂ MILITARĂ, FONDATĂ ÎN ANUL 1897)

Anul CXII

Nr. 4

Octombrie - Decembrie 2009

EDITATĂ DE DIRECȚIA MEDICALĂ A MINISTERULUI APĂRĂRII NAȚIONALE ŞI ASOCIAȚIA MEDICILOR ŞI FARMACIŞTILOR MILITARI DIN ROMÂNIA

S U M A R

Editorial 3

STUDII CLINICE

Tumorile articulației temporomandibulare. Considerații clinice şi imagistice
Iuliana EVA, Răzvan C. TIUTUCA 5

Supraprotezarea mandibulară pe implante restante la un pacient cu boala Parkinson (prezentare de caz)
Marina MELEŞCANU-IMRE, Elena PREOTEASA, Cătălina MURARIU 17

REFERATE GENERALE

Principii de triaj şi evacuare la spitalele de campanie (ROLE 1 şi ROLE 2)
Caius Bogdan TEUŞDEA 23

Esofagita eozinofilică (aspecte etiopatogenice, clinice, diagnostice şi terapeutice)
Mihăiță PĂTRĂŞESCU, Liviu Sandu VERDEŞ, Ovidiu BERGHI 39

Implicarea conducerii spitalelor în monitorizarea şi combaterea fumatului pasiv
Constantin ŞTEFANI, Cristian DIDILESCU, Carmen Ioana ŞTEFANI 47

Statusul general şi tratamentele dentare. Clasificare ASA
Cristina PREOTEASA, Elena PREOTEASA, Marina MELEŞCANU IMRE, Ruxandra DRĂGOI 57

Tulburarea posttraumatică. Abordări
Maria-Magdalena MACARENCO 63

INSTRUCȚIUNI PENTRU AUTORI 71
ANUNȚ ABONAMENTE Revista de Medicină Militară 74

REVISTA DE MEDICINĂ MILITARĂ

NR. 4/2009

Kindly send the mail and the review
on an exchange basis to the following address:
REVISTA DE MEDICINĂ MILITARĂ
DIRECȚIA MEDICALĂ A MINISTERULUI APĂRĂRII NAȚIONALE
Str.Institutul Medico-Militar Nr.3-5 Sector 1
BUCUREȘTI, ROMÂNIA

C O N T E N T S

Leading article 3

CLINICAL STUDIES

Mandibular Joint Tumora. Clinical and Imagery Considerations
Iuliana EVA, Răzvan C. TIUTUCA 5

Mandibular Overprosthetic on Remaining Implants in Parkinson Disease Patients
Marina MELEŞCANU-IMRE, Elena PREOTEASA, Cătălina MURARIU 17

GENERAL UPDATES

Triage and Evacuation Principles for Field Hospitals
Caius Bogdan TEUŞDEA 23

Eosinophilic Oesophagitis
Mihăiță PĂTRĂŞESCU, Liviu Sandu VERDEŞ, Ovidiu BERGHI 39

Involving of Hospital Administration in Monitoring and Fighting Against Smoking
Constantin ŞTEFANI, Cristian DIDILESCU, Carmen Ioana ŞTEFANI 47

General Status and Dental Treatements. ASA Classification
Cristina PREOTEASA, Elena PREOTEASA, Marina MELEŞCANU IMRE, Ruxandra DRĂGOI 57

Posttrauma Disorder
Maria-Magdalena MACARENCO 63

INSTRUCTIONS FOR THE AUTHORS 71
ANNOUNCEMENT FOR SUBSCRIPTIONS 74

Dreptatea, bunul simţ, înţelepciunea, maturitatea şi înţelegerea deziderateloretapei în care ne aflăm...

Acestea ar fi, în linii mari, principiile care i-au direcţionat activitatea noului şef al Direcţiei Medicale a Ministerului Apărării Naţionale, Generalul maior medic profesor universitar doctor Ioan Sîrbu. Un profesionist de excepţie dublat de un minuţios artizan al actului de conducere, fapt dovedit de-a lungul celor cinci ani cât s-a aflat la comanda Spitalului Universitar de Urgenţă Militar Central „Dr. Carol Davila".

Şi-a dorit cu ardoare să practice actul medical. A absolvit Institutul Medico-Militar, Facultatea de stomatologie, din cadrul Universităţii de Medicină şi Farmacie „Carol Davila" Bucureşti, promoţia 1995, fiind declarat şef de promoţie pe ţară cu media generală de absolvire 10. Din clipa în care a optat pentru o carieră medicală, doctorul Sîrbu şi-a dedicat întreaga existenţă performanţei profesionale. A obţinut rând pe rând titlurile de medic specialist, medic primar, doctor în ştiinţe medicale, membru al unor societăţi internaţionale de profil; concomitent a desfăşurat o amplă activitate ştiinţifică şi publicistică - comunicări, lucrări şi articole ştiinţifice în reviste de specialitate-, parcurgând treptele didactice de la simplu stomatolog la şef de lucrări, la conferenţiar şi la profesor universitar în cadrul Catedrei de Implantologie Orală a Facultăţii de Stomatologie a U.M.F. din Bucureşti.

Încă din anul 1997 a fost cooptat în cadrul Academiei Americane de Implantologie Orală, iar din 1998 devine membru al Comitetului Internaţional de Implantologie Orală. Din anul 2000 încoace, în fiecare an, la lucrările Academiei Americane de Implantologie Orală din SUA participă şi medicul doctor Ioan Sîrbu, specializat la New York în clinica profesorului doctor Leonard Linkow, unul dintre părinţii implantologiei mondiale. Este incontestabil faptul că în acest uriaş efort de înlocuire a protezelor clasice dentare cu implanturi, Şcoala de Implantologie Orală de la Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central „Dr. Carol Davila" s-a înscris prin activitatea medicului doctor Ioan Sîrbu ca un adevărat pionier al introducerii în sistemul de sănătate din ţara noastră a unei ramuri ştiinţifice moderne, implantologia orală, născută şi dezvoltată peste ocean, în Statele Unite ale Americii. Această nouă disciplină a înlăturat toate inconvenientele generate de tehnici care schimbau fizionomia pacientului şi produceau un disconfort extrem de mare, redând oamenilor satisfacţia pe care au avut-o cândva cu dinţii lor naturali.

Aşa cum aprecia profesorul doctor Leonard Linkow de la Clinica de Implantologie Orală – Universitatea New York – „doctorul Sîrbu a depăşit numărul de 10 000 de implanturi şi poate fi considerat numărul unu în implantologia din România, motiv pentru care este solicitat anual de înaltul for academic din SUA să se alăture colegilor de breaslă americani în eforturile lor de cercetare într-un domeniu de strictă specialitate".

Timp de peste cinci ani, Generalul de brigadă medic profesor universitar doctor

Ioan Sîrbu s-a aflat la comanda Spitalului de Urgenţă Militar Central „Dr. Carol Davila”. Rezultatele spectaculoase obţinute în activitatea de comandă a acestei instituţii de elită a medicinii militare româneşti îl atestă ca pe un lider cu calităţi manageriale de excepţie. Preluarea comenzii a avut loc într-o perioadă când la orizont se prefigurau obstacole dintre cele mai mari legate de accelerarea transformării structurale a armatei: reducerea şi reîmprospătarea personalului, aplicarea legislaţiei sanitare şi promovarea cadrelor tinere, îmbunătăţirea managementului resurselor umane, profesionalizarea şi supraspecializarea tinerilor medici, reconfigurarea priorităţilor impuse de unele standarde euroatlantice.

A fost nevoie de multă energie, iniţiativă, răbdare şi căutări pentru a învinge obiceiurile păguboase în utilizarea fondurilor sau căderile în capcanele delăsării în perfecţionarea pregătirii profesionale. Preceptele care l-au condus în această perioadă de încercări dure pe comandantul spitalului, Generalul de brigadă medic prof. univ. dr. Ioan Sîrbu, au stat şi la baza iniţiativei de a transforma Spitalul de Urgenţă Militar Central din spital clinic în spital UNIVERSITAR, în accepţiunea sa aceasta fiind singura denumire care i se potriveşte prestigioasei unităţi sanitare de învăţământ medico-militar.

Astăzi Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central „Dr. Carol Davila” se află înscris definitiv şi ireversibil pe drumul transformării sale într-o unitate medicală modernă a mileniului trei, în care se tratează, prin internare sau ambulatoriu, peste 200 de mii de pacienţi şi în care se pregătesc, anual, în medie, circa 600-700 studenţi medicinişti şi îşi desăvârşesc pregătirea peste 400 de medici rezidenţi militari şi civili. Cadrele tinere au preluat conducerea secţiilor şi clinicilor de specialitate, dovedind că sunt apte să le asigure managementul de performanţă, trimiterile la cursurile de specializare şi supraspecializare s-au triplat, pavilioanele s-au reînnoit, s-au înlocuit tehnica şi aparatura veche, spaţiile de cazare a bolnavilor seamănă tot mai mult cu cele europene moderne, ambulatoriul de specialitate a devenit multifuncţional, logistica unităţii se apropie tot mai mult de standardele euroatlantice. De asemenea, Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central „Dr. Carol Davila” este una dintre bazele clinice cele mai importante ale Universităţii de Medicină şi Farmacie „Carol Davila” din Bucureşti, având şapte clinici universitare iar impactul mediatic reflectă creşterea continuă a calităţii asistenţei medicale acordate.

Referindu-ne la atitudinea novatoare a Generalului maior medic prof. dr. Ioan Sîrbu, nu putem să nu amintim, în cadrul proiectelor de viitor, preocuparea sa permanentă de a pune la dispoziţia colegilor săi o bază modernă de tratament în care aceştia să-şi poată exercita actul medical cu rezultate performante. Repetatele sale propuneri către forurile diriguitoare din Ministerul Apărării Naţionale, Ministerul Finanţelor şi cel al Sănătăţii au găsit un răspuns pozitiv: unul dintre cele 8 spitale de urgenţă, care vor fi finanţate din programul special al Guvernului, va deveni noul Spital Universitar de Urgenţă Militar Central „Dr. Carol Davila”. În mod cert noul sediu al spitalului, dotat corespunzător, va duce la creşterea performanţei şi la diversificarea serviciilor medicale furnizate pacienţilor.

Acestea sunt doar câteva dintre realizările importante înregistrate de Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central „Dr. Carol Davila” sub conducerea Generalului maior medic prof. univ. dr. Ioan Sîrbu. Obiectivele pe care şi le-a propus şi îndeplinit în perioada când a fost numit în funcţia de comandant al acestei unităţi de elită a medicinii militare îl definesc ca pe un lider care posedă acele calităţi indispensabile care îi permit să atragă şi să-i mobilizeze şi pe alţii pentru a îndeplini sarcini pe care nici nu au visat că le pot înfăptui. Suntem convinşi că numirea la conducerea Direcţiei Medicale a Ministerului Apărării Naţionale va constitui pentru Generalul maior medic profesor universitar doctor Ioan Sîrbu o nouă provocare, un imbold de a contribui la ridicarea standardelor medicinii militare româneşti la nivel european şi mondial. Aşa cum îl cunoaştem, nu ne îndoim nicio clipă că o va face! Îi urăm şi pe această cale mult succes în nobila sa misiune!

Redacţia

Tumorile articulației temporomandibulare. Considerații clinice şi imagistice

Iuliana EVA, Răzvan C. TIUTIUCA
Spitalul Militar Clinic de Urgență Iaşi

Rezumat. Articulația temporomandibulară (ATM) este cea mai complexă articulație a organismului uman. Patologia sa este vastă şi cuprinde aspecte etiopatogenice, traumatologice, inflamatorii acute sau cronice şi tumorale, exprimate sub un larg ansamblu de simptome şi semne clinice. Patologia tumorală a ATM este extrem de rară. Cazurile din studiu sunt reprezentate de osteom şi hiperplazie de condil. În patologia tumorală, CT helical unislice are capacitatea de a furniza detaliile necesare tratamentului chirurgical, folosind şi avantajele reconstrucției 3D. În acest context explorarea imagistică a articulației este de o importanță deosebită pentru precizarea diagnosticului şi a conduitei terapeutice.

Cuvinte cheie: articulație temporomandibulară, tumori, CT helical unislice

Abstract. Temporomandibular joint is the most comprehensive articulation of the human body. Pathology is extensive and includes trauma, acute or chronic inflammation and tumor, expressed as a broad set of clinical signs and symptoms. Tumors of the ATM are extremely rare. Cases in this study are osteoma and hyperplasia of condil. In tumor pathology, unislice helical CT has the ability to provide the details necessary surgical treatment, and benefits of using 3D reconstruction. In this context the joint exploration is of particular importance to specify the diagnosis and therapeutic conduct.

Introducere

Articulația temporomandibulară este una dintre componentele de bază ale sistemului stomatognat, contribuind la funcțiile de bază ale acestuia: masticație, deglutiție, fonație. Patologia sa este vastă şi cuprinde aspecte etiopatogenice, traumatologice, inflamatorii acute sau cronice şi tumorale exprimate sub un larg ansamblu de simptome şi semne clinice. În acest context explorarea imagistică a articulației este de o importanță deosebită pentru precizarea diagnosticului şi a conduitei terapeutice.

Material şi metodă

Examinarea radiografică a articulației temporomandibulare a fost efectuată cu un aparat de tip Telediagnost PHILIPS (2000).

În cadrul studiului de față examinarea pacienților a fost realizată cu un computertomograf GE-HiSpeed Dx/I helical.

Poziția pacientului este în decubit dorsal, cu mâinile pe lângă corp, capul în hiperextensie, fixat în tetiera special destinată studiului, bine imobilizat. Topograma stabileşte limitele anatomice ale studiului: de la cavitatea glenoidă a osului temporal până la incizura sigmoidiană a mandibulei. S-au practicat două studii axiale, fără contrast, în pozițiile „gură închisă" şi „gură deschisă" (secțiuni fine, 1-2 mm, alăturate, achiziționate cu tehnică „rezoluție înaltă"). Examinarea nativă convențională a articulației temporomandibulare se face [1] prin secțiuni axiale (transversale) de 3 mm grosime cu interval 0, de obicei 8-10 secțiuni paralele cu planul orbitomeatal (ce uneşte conductul auditiv extern cu unghiul extern al orbitei - punctul orbital inferior), în cele două poziții cu gura deschisă şi gura închisă. Studiul imaginilor CT l-am efectuat pe „fereastra de os" şi „ferestre de părți moi".

Imaginile pe care le-am obținut cu un aparat helical unislice permit identificarea reperelor anatomice osoase (figura 1).

Pentru examenul coronal direct poziția pacientului este în decubit dorsal sau ventral cu capul în hiperextensie, bine imobilizat pe tot parcursul examinării. Topograma este laterală. Prin înclinarea stativului aparatului se realizează secțiunile coronale şi se evită cuprinderea în planul de secțiune a lucrărilor dentare metalice, generatoare de artefacte. Secțiunile coronale (frontale) de 3 mm cu pas 0 se obțin când pacientul are capul în hiperextensie, ca pentru incidența Hirtz, ceea ce necesită o bună mobilitate a coloanei cervicale, cupele fiind realizate într-un plan perpendicular pe planul orbitomeatal.

Am practicat două studii coronale, fără contrast, în pozițiile „gură închisă" şi „gură deschisă" (figurile 2, 3).

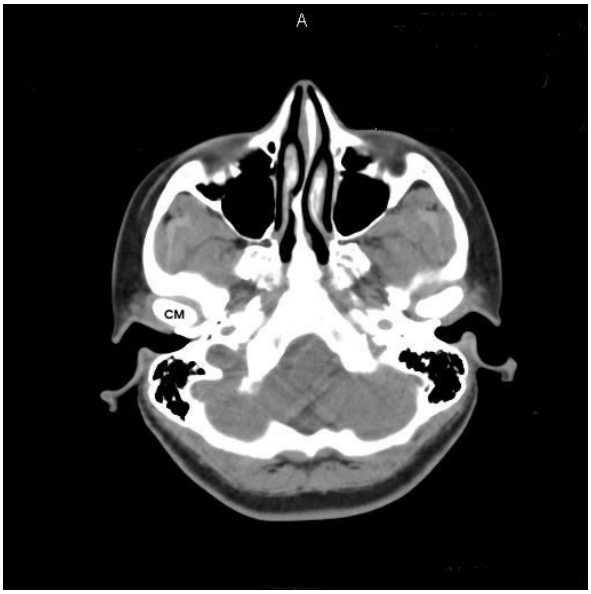


Fig. 1. Imagine CT axială nativă normală la nivelul condililor mandibulari (CM), în fereastră de os, poziția „gură închisă*"*.

Fig. 2. Topograma laterală cu alegerea planului de referință.

A fost posibilă şi efectuarea unui studiu sagital direct al articulației. Pentru aceasta poziția pacientului se stabileşte în decubit lateral pe partea bolnavă cu capul ridicat la 20 de grade şi stativul aparatului înclinat în sens cranial cu 20 de grade. Examinările prin secțiuni sagitale sunt cele mai importante dar şi cel mai dificil de obținut, grosimea fiind de 3 mm cu pas 0, pacientul în decubit lateral cu capul înclinat sub un unghi de 20-25° timp de 10-15 minute fără să se mişte. Am realizat 10-20 de secțiuni cu gura închisă apoi cu gura deschisă, pentru fiecare articulație temporomandibulară în parte [1]. Am efectuat două studii sagitale, fără contrast, în pozițiile „gură închisă" şi „gură deschisă" (figurile 4, 5).

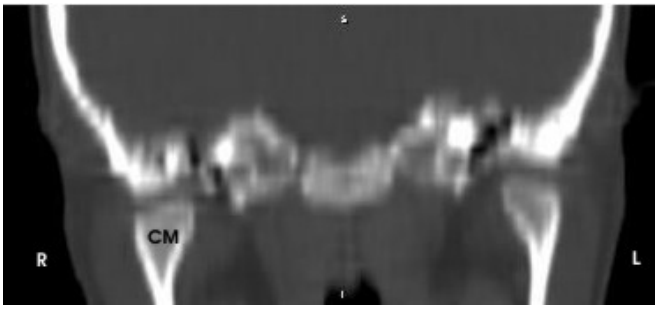


Fig. 3. Imagine CT coronală nativă normală la nivelul condililor mandibulari (CM).

Fig. 4. Topograma anteroposterioară cu alegerea planului de referință.

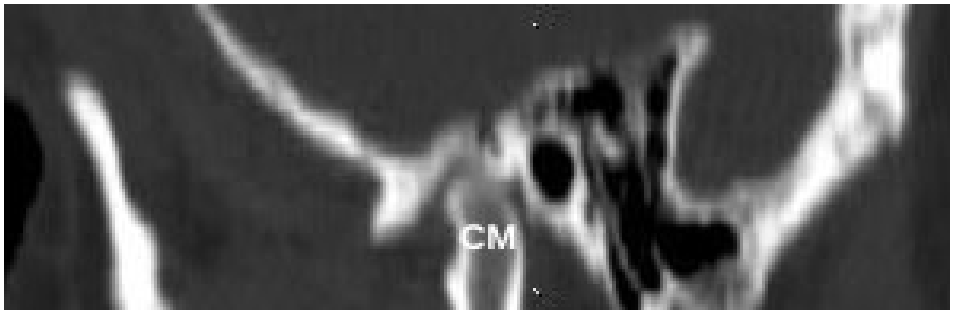


Fig. 5. Imagine CT sagitală nativă normală cu evidențierea condilului mandibular (CM) la nivelul ATM drepte în poziție „gură închisă".

Pentru a se evita solicitarea pacientului într-o poziție incomodă, în vederea obținerii imaginilor coronale şi sagitale, este posibilă reconstituirea acestor incidențe, atât bidimensional cât şi tridimensional, folosind secțiunile axiale efectuate în decubit dorsal. Pentru reformatare am folosit secțiuni axiale adiacente cu increment de 1,5 mm care au permis obținerea unor imagini asupra modificărilor structurale osoase.

Reconstrucția tridimensională (3D) volumetrică spațială este de mare interes datorită relațiilor pe care le oferă în conduita preoperatorie, mai ales în traumatologie, malformații şi procese tumorale.

Pentru reconstituire am efectuat o achiziție a secțiunilor special adaptate, apropiate şi subțiri "în bloc" de aproximativ 40 de secțiuni apropiate de 1,5 mm grosime, cu interval de 0,5 mm.

Cantitatea de produs de contrast intravenos pe care am administrat-o a fost în doza obişnuită de 2 ml/kg cu 37% iod, folosind un injectomat. Această doză este diminuată în funcție de vârstă, starea de hidratare, prezența afecțiunilor renale.

Rezultate

Cazurile de tumori ale articulației temporomandibulare sunt rare, dar suspiciunea lor trebuie luată în seamă, deoarece simptomele şi semnele lor pot fi identice cu cele ale altor suferințe ale ATM [2, 3].

Debutul tumorilor poate fi şi din interiorul articulației cu invadarea țesuturilor înconjurătoare. Dacă sunt maligne, pot fi metastaze de la tumori de la distanță.

Tumorile benigne articulare cele mai întâlnite [4, 5] sunt osteoamele, condroamele, osteocondroamele [6].

Tumorile maligne articulare sunt rare [7]. Simptomele obişnuite pot fi durere, deformare locală dureroasă, anestezii, parestezii, pierderea auzului.

Diagnosticul diferenţial al tumorilor benigne de cele maligne şi precizarea naturii lor este dificil de făcut din punct de vedere imagistic.

Patologia tumorală a articulaţiei temporomandibulare este extrem de rară. Pe lotul studiat (633 cazuri) am identificat numai două cazuri .

Explorarea unei astfel de patologii mobilizează, în context clinic, un arsenal complex de investigaţii (tabel 1, figura 6).

Tabelul 1. Metode de explorare a tumorilor articulaţiei temporomandibulare pe lotul de studiu.

TUMORI Explorare	Osteom		Hipertrofie	
	Nr cazuri	%	Nr cazuri	%
RX	1	100 %	1	100%
CT	1	100 %	1	100%
Total	1		1	

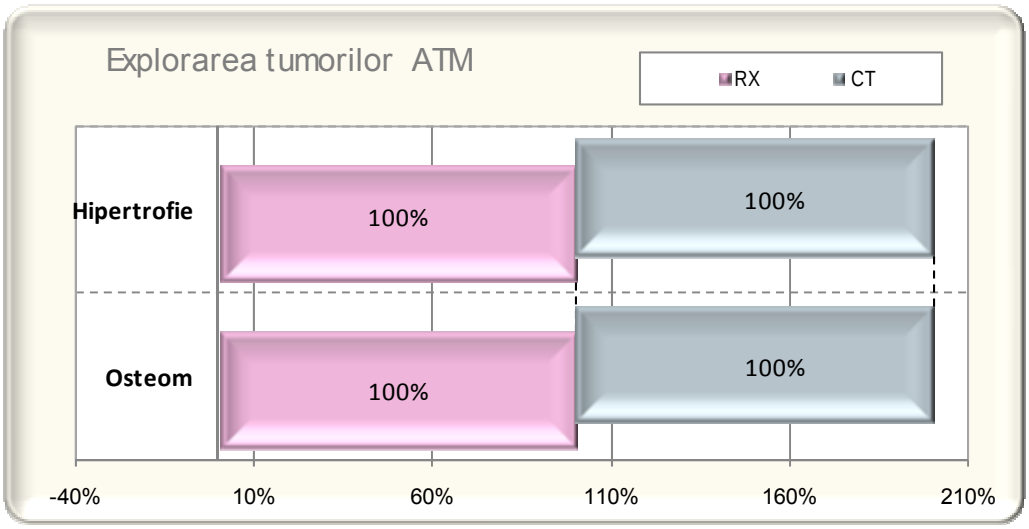


Fig. 6. Metode de explorare a tumorilor articulaţiei temporomandibulare pe lotul de studiu.

Cea mai frecventă tumoră a articulaţiei temporo-mandibulare (ATM) este osteomul.

Osteomul condilului

Originea lui este încă discutată, fiind incriminaţi *factori traumatici* (traumatisme directe sau indirecte, soldate cu fracturi şi calus exuberant), *infecţioşi* (artrite cronice) şi *endocrini*.

Este întâlnit mai frecvent la nivelul condilului şi la oasele feţei. În teritoriul maxilo-facial majoritatea osteoamelor sunt localizate la mandibulă.

Primul caz de osteom cu localizare în condilul mandibular a fost descris de Ivy în 1927; de atunci alte 12 observaţii au fost raportate în literatura de specialitate.

Experienţa clinicii se referă la un caz de "osteom gigant" al condilului mandibular.

Caz clinic: M.C, de sex masculin şi în vârstă de 55 ani, s-a internat cu asimetrie facială importantă, tulburări de ocluzie dentară şi grave tulburări de masticaţie.

De aproximativ 10 ani persoanele din anturajul său au sesizat o deviere a mentonului spre stânga, deviere ce s-a accentuat treptat. În plus pacientul în ultimii 2 ani acuză instalarea unor importante tulburări de masticație şi imposibilitatea obținerii unei ocluzii dentare normale.

Examenul clinic la internare evidenția asimetrie facială cu laterodeviație, mentonul deplasat spre stânga cu 1,5 cm (figura 7).

Fig. 7. Caz clinic cu asimetrie facială cu laterodeviație, mentonul deplasat spre stânga.

Uşoară cădere a comisurii labiale drepte; în poziție de repaus ocluzia fantei labiale incompletă; la efortul de închidere a gurii se realizează treaptă labială inversă cu proieminarea jumătății stângi a buzei inferioare. Ramul vertical drept al mandibulei apare alungit, cu ştergerea reliefului unghiului extern. Distanța de la pupilă la marginea bazilară este cu 5-6 mm mai mare în dreapta decât în stânga, iar înălțimea verticală a etajului inferior al feței este mărită cu aproximativ 1 cm. În regiunea pretragiană dreapta, sub arcada zigomatică se palpează condilul mandibular mărit de volum, nedureros. Deschiderea gurii se realizează cu o marcată latero-deviație spre stânga, cu cracmente şi crepitații în ATM dreaptă.

Fig. 8. Acelaşi caz, examenul intraoral remarcă devierea liniei mediane spre stânga.

La examenul intraoral se remarcă devierea liniei mediane spre stânga cu 1,5 cm (figura 8); vestibularizarea dinților de pe hemiarcada stângă; ocluzia dentară grav tulburată: muşcătură inversă pe stânga cu inocluzie verticală de 0,5 cm, ocluzie deschisă frontală de 1 cm şi inocluzie verticală dreaptă de 1,5 cm.

Pacientul prezintă importante tulburări de masticație, prin imposibilitatea punerii în angrenaj normal a suprafețelor ocluzale - masticație incomodă, ineficientă, tulburări de fonație şi fizionomice.

Radiografiile de față şi de profil dreapta ale mandibulei (figura 9), ortopantomografia (figura 10) şi CT (figura 11, 12) au pus în evidență o mărire exagerată de volum a capului condilului mandibular drept cu deformarea sa, având în ansamblu aspectul unei piramide cu baza în sus şi vârful în jos, depăşind spre anterior cavitatea glenoidă.

Fig. 9. Radiografie a articulației temporomandibulare drepte, imagine de față ce evidențiază la acest nivel o imagine radioopacă de 58/50 mm, rotundă, neomogenă, care deformează condilul mandibular şi depăşeşte cavitatea glenoidă.

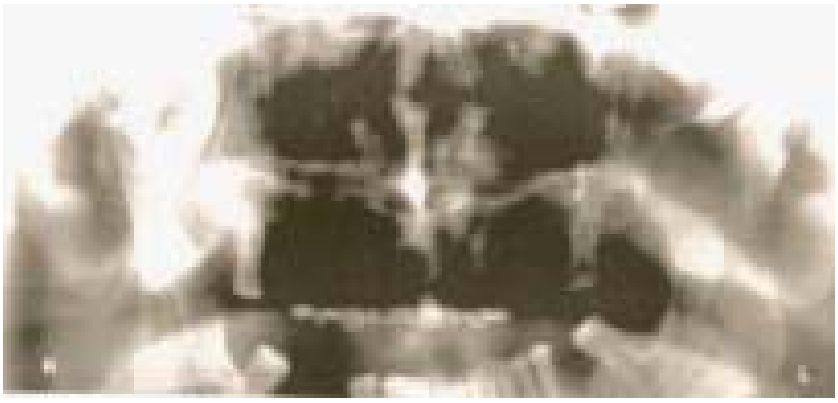


Fig.10. Ortopantomografie a articulației temporomandibulare care relevă o mărire exagerată de volum a condilului mandibular şi depăşeşte cranial şi anterior cavitatea glenoidă cu dispariția interliniului articular. Gâtul condilului este alungit.

Gâtul condilului apare mai alungit; incizura sigmoidă liberă; ramul vertical drept alungit şi îngustat, laterodeviație accentuată spre stânga mandibulei.

Examinarea CT nativă a pus în evidență un proces expansiv voluminos, de 50/60 mm, hiperdens, neomogen, la nivelul condilului mandibular drept cu contur boselat. La nivelul formațiunii se descriu calcificări centrale şi în periferie. Leziunea determină deformarea colului mandibular şi reacție de osteoliză, fiind imprecis delimitată la nivelul fosei pterigomaxilare şi muşchiului pterigoidian lateral. Procesul expansiv depăşeşte cranial cavitatea glenoidă, iar lateral nu se evidențiază limită de demarcație la nivelul capsulei articulare şi al părților moi periarticulare. Examinarea computertomografică postcontrast intravenos nu modifică aspectul densitometric al formațiunii, dar pune în evidență extensia la nivelul fosei pterigomaxilare şi al arterei maxilare interne, având interfață cu aceasta.

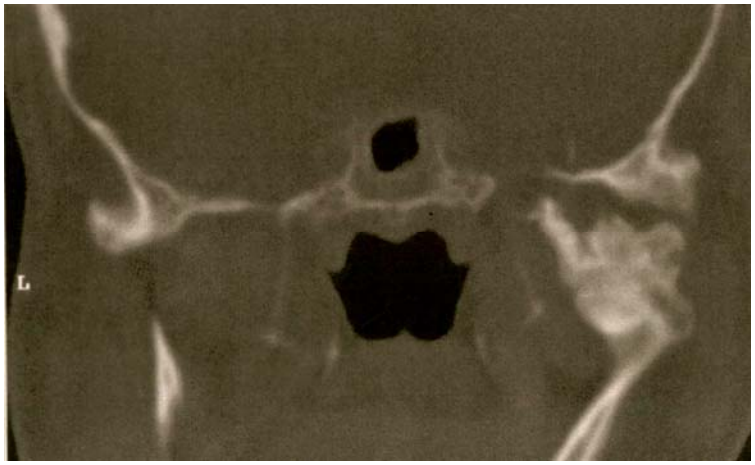


Fig. 11. Examinare CT coronală nativă a articulației temporomandibulare ce evidențiază o mărire a diametrelor condilului mandibular drept, hiperdensă nativ, cu zone hipodense, imprecis delimitată la nivelul părților moi periarticulare.

Fig. 12. Examinare computertomografică axială nativă a articulației temporomandibulare ce evidențiază un proces expansiv hiperdens, neomogen, voluminos, de aproximativ 50/60 mm al condilului mandibular drept, dezvoltat spre fosa pterigomaxilară dreaptă și mușchiul pterigoidian lateral. Se notează producerea unei reacții de osteoliză la nivelul ramului mandibular vertical drept.

Sub anestezie generală prin intubație nazotraheală s-a abordat ATM dreaptă prin incizie preauriculară Ginestet [8, 9, 10, 11, 12]. Se evidențiază fața externă și cea anterioară ale condilului mandibular mărit de volum. Cu fierăstrăul electric s-a realizat secțiunea osoasă la nivelul gâtului condilului, sub foseta pterigoidianului intern, apoi, cu foarte mare greutate, se îndepărtează condilul modificat de tumora ce se extindea spre baza craniului și spre linia mediană a feței (figura 13).

Fig. 13. Condilul modificat de tumoră.

Examenul macroscopic al piesei operatorii a evidenţiat o tumoră voluminoasă de 50/60 mm care înlocuia complet capul condilului mandibular, cu suprafaţa boselată, alb-sidefie ca "scoica de mare" şi zone de aspect cartilaginos.

Din punct de vedere histologic formaţiunea era constituită din ţesut osos trabecular cu elemente fibroadipoase (figura 14). Aspectul corespunde unui "osteom spongios".

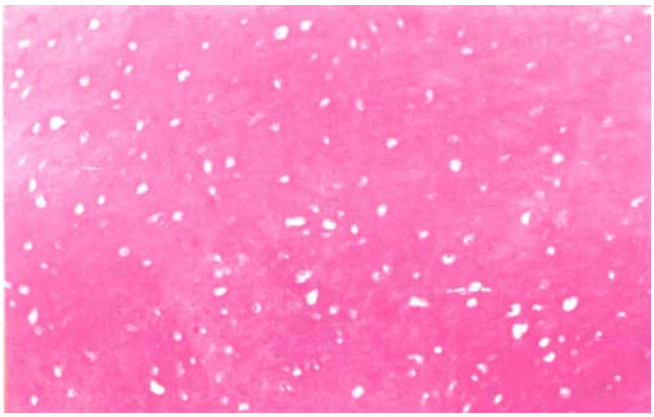


Fig. 14. Acelaşi caz, histologic formaţiunea era constituită din ţesut osos trabecular cu elemente fibroadipoase. Aspectul corespunde unui "osteom spongios".

La 2 ani postoperator vindecarea se menţine, funcţiile ATM fiind reluate complet.

Hiperplazia de condil mandibular

Cunoscută în literatură şi sub denumirea de hipertrofie de condil, hipercondilie, laterognaţie sau prognatism unilateral inferior, hiperplazia de condil mandibular este o afecţiune benignă rară, caracterizată clinic printr-o asimetrie facială cu latero-deviaţie şi tulburări de ocluzie dentară. Primul caz a fost descris de Adams în 1836, de atunci şi până în 1968 fiind publicate în literatură în jur de 150 observaţii.

Se întâlneşte la orice vârstă, în proporţii aproximativ egale la ambele sexe, se instalează insidios, de regulă la persoane tinere, cu vârsta cuprinsă între 15 şi19 ani.

Boala se manifestă printr-un complex de simptome ce rezultă din creşterea în volum, fără modificări histologice, a capului condilului şi alungirea colului, cu sau fără schimbarea de formă, cu sau fără transformări dimensionale ale ramului sau capului mandibular.

Etiologia afecţiunii este necunoscută, cel mai adesea sunt incriminate leziunile inflamatorii cronice otice sau articulare, leziunile traumatice ale capului condilian şi ale ţesuturilor de vecinătate.

Tratamentul are ca scop ameliorarea leziunilor ce au dus la asimetria facială, corectarea ocluziei şi stoparea procesului de creştere dizarmonică a apofizei condiliene cu întregul ansamblu osos al feţei. Procedeele utilizate sunt multiple, dependente de gradul de evoluţie al bolii, de vârstă şi intensitatea tulburărilor produse de forma histopatologică a leziunii.

Observaţie clinică: J.A., de sex masculin şi vârstă de 16 ani, sesizează, înainte cu 1 an de spitalizare, laterodeviaţia dreaptă a mentonului, coborârea unghiului mandibular, alungirea ramului ascendent stâng, ştergerea uşoară a şanţului labiogenian şi rotunjirea marginii bazilare a mandibulei în dreptul comisurii labiale, lungirea cu 6-8 mm a distanţei între pupilă şi marginea bazilară a mandibulei spre stânga. La palpare, condilul stâng era mărit de volum, nedureros, mobil în cavitatea glenoidă. Deschiderea gurii uşor limitată şi cu o marcată deviaţie spre dreapta.

S-a înregistrat o inocluzie marcată în sens vertical în 1/2 stânga, ocluzie laterală dreapta şi o muşcătură deschisă frontal cu deviație de 0,8 mm spre dreapta a liniei interincisive inferioare (figura 15).

Fig. 15. Aspect clinic cu laterodeviația dreaptă a mentonului, coborârea unghiului mandibular, alungirea ramului ascendent stâng, ştergerea uşoară a şanțului labiogenian şi rotunjirea marginii bazilare a mandibulei în dreptul comisurii labiale, lungirea cu 6-8 mm a distanței între pupilă şi marginea bazilară a mandibulei spre stânga

Radiografic s-a evidențiat o mărire de volum a condilului şi o îngroşare a colului condilian, o deformare a incizurii sigmoide, alungirea şi îngustarea ramului vertical şi rotunjirea unghiului de partea stângă.

Tratamentul a constat în rezecția condilului stâng şi modelarea unui nou cap articular din bontul restant, aplicarea şi fixarea materialului de interpoziție Dacron peste capul articular, repunerea în ocluzie normală a arcadelor dentare şi imobilizarea intermaxilară timp de 6 săptămâni.

Examinarea nativă computertomografică coronală şi sagitală a evidențiat o creştere în diametre a condilului mandibular stâng cu scăderea neomogenă a densității osoase şi cu mici zone bine delimitate hipodense nativ (figurile 16, 17, 18). După administrarea de substanță de contrast intravenos, la examinarea CT axială nu s-au evidențiat modificări densitometrice la nivelul condilului mandibular stâng şi al cavității glenoide, leziunea fiind bine delimitată.

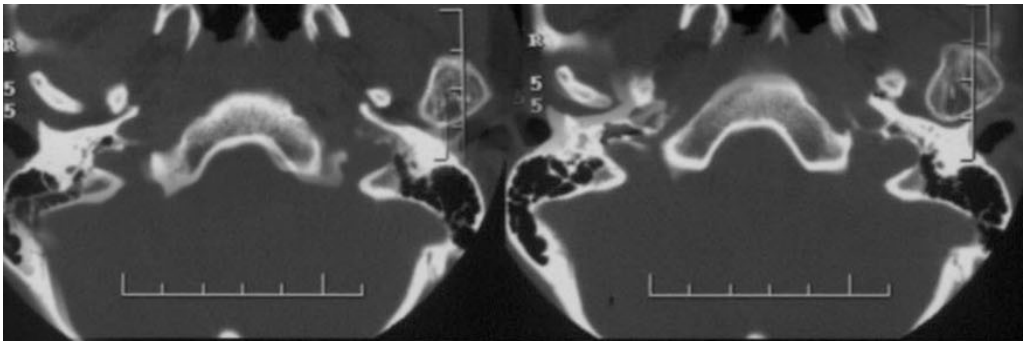


Fig. 16. Examinare CT axială a ATM pre şi postcontrast intravenos, în poziția „gură închisă", care evidențiază o creştere în diametre a condilului mandibular stâng de aproximativ 20/22mm, cu contur neregulat şi cu zone centrale hipodense nativ şi postcontrast.

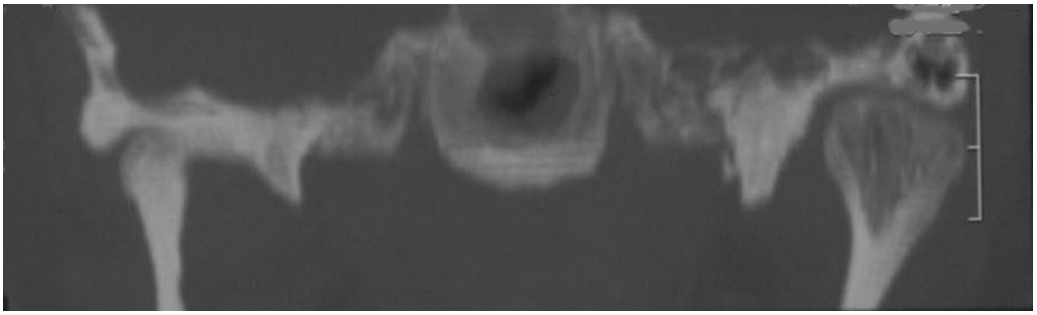


Fig. 17.Examinare CT coronală nativă a ATM, în poziția „gură închisă", ce evidențiază o mărire de volum a condilului mandibular stâng, cu pierderea sfericității şi a conturului. Condilul mandibular stâng este neomogen, cu zone centrale hipodense, spațiul interarticular intern este lărgit, iar colul condilian este îngroşat.

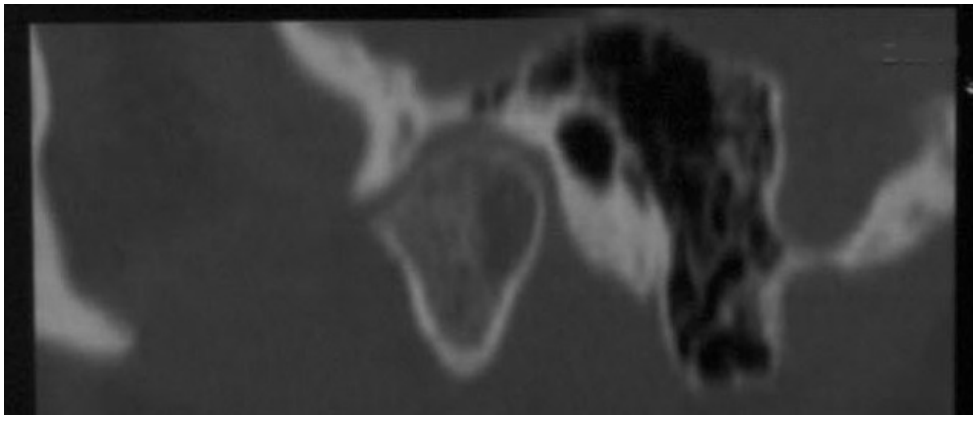


Fig. 18. Examinare CT sagitală nativă a ATM stângi, în poziția „gură închisă", ce evidențiază o mărire de volum a condilului mandibular stâng cu structură neomogenă, având zone centrale hipodense. Colul mandibular este lărgit.

Examenul anatomopatologic: *macroscopic* se evidențiază un condil mărit de volum în toate sensurile fără schimbări evidente de formă; *microscopic* - o structură normală specifică apofizei condiliene.

Rezultatele se mențin la 2 ani postoperator.

Discuții

Tumorile articulației temporomandibulare sunt extrem de rare. Mostafapour [13] identifică 6 cazuri în 7 ani. Simptomatologia lor de debut se suprapune peste cea a sindromului de disfuncție a articulației temporomandibulare [13]. Ca urmare sunt dificil de diagnosticat, iar timpul de la debut la prezentare a variat de la 3 luni la 8 ani.

Tumorile benigne cele mai frecvent întâlnite la nivelul ATM sunt osteocondromul, condromul, osteomul, sinovita pigmentară vilonodulară şi condromatoza sinovială [14]. Din puținele date existente în literatura de profil se pare că osteocondromul este cel mai frecvent (40-45% din cazuri).

Tumorile maligne primitive ale articulației temporomandibulare sunt extrem de rare. Mai frecvent sunt citate invazii de vecinătate la acest nivel.

Simptomatologia inițială este nespecifică, similară pentru toate. Bolnavul se prezintă în general pentru tumefacție şi dureri la nivelul regiunii temporale. Deşi acest tip de patologie este rar (tabel

32), ea trebuie luată în seamă, deoarece simptomele şi semnele acesteia pot fi identice cu cele ale altor suferinţe ale ATM [2, 3].

Tabelul 2. Patologia tumorală a ATM

PATOLOGIA TUMORALĂ A ATM
Tumori primitive Tumori secundare
Tumori ale sistemului osos Tumori ale sistemului dentar Tumori ale părţilor moi învecinate (meningioame, condroame, sinovialoame)
Tumori benigne
Chisturi ale condilului mandibular
Osteom al condilului mandibular
Condrom
Osteocondrom
Leiomiom
Fibromixom
Tumori neurogene
Tumori maligne
Sarcom (condrosarcom, fibrosarcom)
Schwanom
Limfom
Carcinom cu celule gigante
Mielom multiplu

Imagistic se traduc prin leziuni osteoblastice şi osteolitice, cele maligne fiind frecvent osteolitice.

Tumorile de vecinătate evoluează cu resorbţie osoasă târzie, determinând simptome la nivelul ATM.

Debutul tumorilor poate fi din interiorul articulaţiei cu invadarea ţesuturilor înconjurătoare. Dacă sunt maligne, pot fi metastaze de la tumori de la distanţă.

Tumorile benigne articulare cele mai întâlnite [15] sunt osteoame, condroame, osteocondroame. Simptomele lor sunt: durerea, limitarea deschiderii arcadelor dentare si ocluzie deschisă de partea bolnavă. Condilul mandibular este mărit în volum. În condromatoza sinovială, focare cartilaginoase se dezvoltă în membrana sinovială şi uneori apar mase radioopace în interiorul articulaţiei.

Tumorile maligne articulare sunt rare [7]. Simptomele obişnuite pot fi durere, deformare locală dureroasă, anestezii, parestezii, pierderea auzului.

Imaginile radiologice pot obiectiva osteoliză sau modificări de tip osteoblastic, în funcţie de tipul tumorii [12].Examinarea CT a oferit informaţii topografice de mare interes pentru chirurgie.Se notează mărire de volum a condilului mandibular (mai mult sau mai puţin omogenă), depăşind fosa glenoidă, ceea ce determină o limitare a mişcărilor mandibulare. Se face diagnosticul diferenţial cu hiperplazia de condil mandibular în care apare mărit dimensional dar păstrându-şi forma normală.

Investigaţiile menţionate ajută la delimitarea lezională şi evaluarea unei recidive.Diagnosticul diferenţial al tumorilor benigne de cele maligne şi precizarea naturii lor este dificil de făcut din punct de vedere imagistic, totuşi osteocondroamele tind să se dezvolte într-o direcţie supero-inferioară rezultând o laterognaţie şi arcuirea mandibulei spre partea afectată, iar osteoblastoamele tind să se dezvolte latero-median rezultând o extindere în ţesuturile moi şi durere preauriculară.

Protocolul de investigaţie paraclinic cuprinde ortopantomografia, computertomografia şi rezonanţa magnetică nucleară. În momentul diagnosticului majoritatea pacienţilor au expresie avansată la nivel radiologic [13]. Dos SANTOS [16] constată, pe 2 cazuri cu finalitate chirurgicală, că un examen computertomografic 2D detectează excelent calcificările tumorale, interesarea corticală şi, de cele mai multe ori extensia în ţesuturile moi şi intramedulare. Examinarea CT 3D cu protocol vascular evidenţiază cu acurateţe crescută extensia leziunii şi rapoartele cu structurile anatomice de vecinătate. Examinarea prin rezonanţă magnetică este extrem de eficace în documentarea componentei tumorale intramedulare şi extraosoase mai ales pe secvenţe T2.

În cazul de osteom descris în lotul de studiu remarcăm un debut clinic prin asimetrie facială de aproximativ 10 ani, dar cu instalarea unei simptomatologii mai exacerbate de aproximativ 2 ani.

La prezentare examenul radiografic a precizat o mărire exagerată de volum a capului mandibular drept cu deformarea sa depăşind spre anterior cavitatea glenoidă. Gâtul condilului apare mai alungit, la fel ca şi ramul vertical drept. Se notează distrucţii osoase de tip osteolitic la nivelul colului şi condilului mandibular, toate acestea exprimând o leziune avansată radiologic.

Examinarea CT nativă a pus în evidenţă un proces expansiv voluminos de aproximativ 50/60 mm, hiperdens, neomogen cu contur boselat al condilului mandibular drept. Se disting calcificări centrale şi în periferie. Tumora este imprecis delimitată la nivelul fosei pterigomaxilare şi muşchiului pterigoidian lateral. Se notează deformarea colului mandibular şi reacţii de osteoliză la acest nivel. Procesul expansiv depăşeşte anterior cavitatea glenoidă şi nu se evidenţiază limită de demarcaţie la nivelul capsulei articulare şi părţilor moi extraarticulare. Examinarea CT postcontrast intravenos nu modifică aspectul formaţiunii şi descrie extensia la nivelul fosei pterigomaxilare şi spre artera maxilară internă. Cazul a beneficiat de sancţiune chirurgicală cu rezultate stabile apreciate la 2 ani postoperator.

Concluzii

Patologia tumorală a ATM este extrem de rară. Cazurile din studiu sunt reprezentate de osteom şi hiperplazie de condil. Ortopantomografia a constituit baza pentru indicarea examenului computertomografic. Investigaţia a fost efectuată pe un aparat helical unislice cu folosirea unui artificiu tehnic – CT axial, coronal, sagital. A fost apreciată astfel, în cadrul studiului cu contrast, vascularizaţia şi infiltraţia tumorală în structurile adiacente.

Aportul ortopantomografiei în investigarea tumorilor articulaţiei temporomandibulare este ca de orientare pentru stabilirea indicaţiei unor examene mai complexe.

În patologia tumorală, CT helical unislice este dependentă de posibilitatea examinării prin artificiul tehnic CT axial, coronal, sagital. Are capacitatea de a furniza detaliile necesare tratamentului chirurgical, folosind şi avantajele reconstrucţiei 3D.

Bibliografie

1. HEFFEZ L.B., MAFEE M.F., ROSENBERG H. - *Imaging atlas of the temporomandibular joint,* Williams & Wilkins, Baltimore, 1995, p.21-54.
2. CAVALCANTI M.G.P., RUPRECHT A., QUETS J. - *Progression of maxillofacial squamos cell carcinoma evaluated using computergraphics of spiral computed tomography,* Dentomaxillofac Radiol 1999;28:238-244.
3. SCRIVANI J.S., UEITH D.A.: *Temporo-mandibular disorders*. Dentistry Today. 2000, July, p. 78-87.
4. PAPAVASILIU A. - *Benign conditions of the TMJ: a diagnostic dilemma*, Br.J.Oral Surg., 1993, 21, p.222.
5. TIMOŞCA GH., BURLIBAŞA C. - *Chirurgie bucomaxilofacială*, Ed. Didactică, Bucureşti, 1983, p.484-503.
6. BADE H. - *The function of the disco-muscular aparatus in the human temporomandibular joint,* Anatomischer Anzeiger 1999; 181(1): 65-67.
7. BUTHIAU D. – *T.D.M. et IRM cliniques*, Ed. Erison-Roche, 1998, p 467-472.
8. ATTANASIO R. - *Prosthodontic and surgical management of a patient with an osteoma of the TMJ,* Compend.Contin.Educ.Dent., 1998, 19(3), p.262.
9. LEW D. - *Osteomas of the condyle associated with Gardner's syndrome causing limited mandibular movement*, J. Oral Maxillofac.Surg., 1999, 57, p.1004-1009.
10. MANCHESTER W.M. - *Some technical improvements in the reconstruction of the mandibule and temporomandibular joint,* Plast Reconstr Surg 1972 sep;50(3):249-56.
11. WANG NORDERUD R. - *Osteoma of the mandibular condyloid process. Case report,* Scand. J. Plast. Reconstr. Surg., 1976, 10, p.77.
12. WEINBERG S. - *Osteoma of the mandibular condyle. Report of case*, J. Oral Surg., 1977, 35, p.929.
13. MOSTAFAPOUR S.P., FUTRAN N.D. - *Tumors and tumorous masses presenting as temporomandibular joint syndrome.,* Otolaryngol Head Neck Surg. 2000 Oct;123(4):459-64.
14. IZZO L., CAPUTO M., BUFFONE A. si colab - *Tumori benigni e pseudotumori dell'articolazione temporo-mandibolare: aspetti radiologici,* G Chir 2005, Agosto-Settembre, Vol. 26 - n. 8/9 - pp. 314-317
15. DOS SANTOS D.T., CAVALCANTI M.G. - *Osteosarcoma of the temporomandibular joint: report of 2 cases*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002 Nov;94(5):641-647.

Supraprotezarea mandibulară pe implante restante la un pacient cu boala Parkinson (prezentare de caz)

As.univ.dr. Marina MELEŞCANU-IMRE, Prof.univ.dr. Elena PREOTEASA, Conf.univ.dr. Cătălina MURARIU
Catedra MD 09, Disciplina de Protezare Totală, Medicină Dentară
UMF „CAROL DAVILA", BUCUREŞTI

Rezumat. Articolul prezintă cazul unei paciente în vârstă de 54 ani care s-a prezentat în cabinet cu două implante poziționate bilateral pe mandibula edentată total; la maxilar prezintă o restaurare protetică compozită formată dintr-o punte metalo-compozită şi o proteză scheletată menținută şi stabilizată unilateral. Ca antecedente patologice importante semnalăm prezența maladiei Parkinson de la vârsta de 35 ani. Pacienta a solicitat realizarea unei restaurări protetice cu utilizarea implantelor prezente la arcada mandibulară. Luând în considerare numărul implantelor, precum şi mişcările incontrolabile ale limbii şi musculaturii orale asociate, cu absența protezării, i s-a prezentat pacientei şi a fost acceptată soluția unei supraproteze pe implante. În concluzie, soluția de tratament s-a dovedit a răspunde cerințelor protetice (echilibru, funcționalitate, confort) şi a adus astfel satisfacție pacientei.

Cuvinte cheie: supraproteză mandibulară, implante restante, maladia Parkinson.

Abstract. This article presents the case of a 54 years old female patient coming in the dental office with 2 implants already positioned on the mandibular arch. The maxillary arch is also already restored with a combined fixed-removable partial denture. The main problem in the patient's general state of health was the Parkinson disease (after age 35). The patient wants to restore the mandibular arch using the 2 implants. Considering the number of the implants, the movements of the tongue and oral muscles and the lack of temporary prosthetic treatment, the prosthetic solution that was explained to the patient was an overdenture on implants. In conclusion, this treatment fulfils the prosthetic goals (stability, function, comfort) and brought satisfaction to patients.

.

1. INTRODUCERE

În practica curentă a proteticianului apar frecvent situații clinice care nu sunt neapărat tipice din punct de vedere conceptual. Aceste situații, mai puțin „ortodoxe", solicită în mod deosebit atât medicul cât şi tehnicianul, în încercarea de a oferi pacientului cea mai bună soluție posibilă. Mai mult decât oricând, în aceste situații-problemă coeziunea echipei medic-tehnician este la fel de importantă ca şi profesionalismul fiecăruia dintre aceştia.

2. PREZENTARE DE CAZ

Spre exemplificare vom prezenta rezolvarea unui astfel de caz, pentru a ilustra principiile care au stat la baza conceperii şi realizării tratamentului.

Evaluare inițială

Pacienta, în vârstă de 54 ani, s-a prezentat la cabinet cu dorința de a realiza o restaurare protetică a arcadei mandibulare edentate total, cu prezența a două implante, plasate de o parte şi de alta a liniei mediene.

La examenul clinic s-a constatat prezența, pe arcada maxilară antagonistă, a unei restaurări protetice compozite (o punte metalo-compozită - fig. 1) şi o proteză scheletată menținută şi stabilizată unilateral (fig. 2.). De asemenea, s-a constatat o reducere a spațiului vertical disponibil

atât prin examinare, cât şi prin evaluarea cu ajutorul modelelor de studiu şi diagnostic montate în ocluzor, cu ajutorul unui prim şablon de ocluzie confecţionat în acest scop pe modelul mandibular. La maxilar angulaţia şi dimensiunea dinţilor artificiali accentuează dificultăţile legate de lipsa de spaţiu.

Fig. 1. Aspectul arcadei antagoniste

Fig. 2. Proteza scheletată menţinută unilateral

La mandibulă, în prezenţa a două implante tip şurub, poziţionate bilateral, deşi insuficiente ca număr, iar poziţia implantului din cadranul 3, ca fiind nefavorabilă, s-a hotărât realizarea unei supraproteze menţinute şi stabilizate cu ajutorul unei structuri de bară cu călăreţi şi capse distale (1).

Fig. 3. Amprenta funcţională

Etape de tratament

Pacienta a refuzat inserarea mai multor implante la arcada mandibulară, dar a fost de acord cu soluţia de supraproteză mobilizabilă menţinută şi stabilizată pe implante cu ajutorul unei structuri cu sisteme speciale.

Amprenta preliminară mandibulară a fost luată utilizând o lingură universală pentru edentat total. Pe modelul preliminar s-a confecţionat lingura individuală din compozit fotopolimerizabil. În dreptul implantelor aceasta a fost perforată, astfel încât să nu aibă contact cu capele de vindecare. În cabinet lingura individuală a fost probată şi adaptată conform regulilor de amprentare muco-dinamică a edentatului total. Menţionăm că lingura individuală trebuie să fie intim adaptată pe creasta edentată şi corect adaptată marginal. Au fost înşurubate bonturile de transfer şi s-a verificat încă o dată ca lingura individuală să nu interfere cu acestea. Amprenta funcţională a fost luată cu un

silicon de adiție de consistență medie (fig. 3), iar după spălare şi dezinfectare a fost îndiguită şi cofrată în laborator pentru conservarea integrală a funcționalizării marginilor cu ajutorul unui ring şi al unui alginat. S-a constatat că implantul utilizat în cadranul 3 prezenta un profil intern octogonal, iar cel din cadranul 4 unul hexagonal. Pentru implantul din cadranul 4 a fost folosită o capă calcinabilă cu profil hexagonal. Pentru implantul din cadranul 3 nu a fost posibilă găsirea pe piață şi utilizarea unei cape calcinabile cu profil octogonal; această indisponibilitate a dus la adoptarea unei alte soluții de confecționare a structurii prin frezarea unui bont de transfer.

Bontul de transfer a fost frezat şi scurtat maximum posibil având în vedere poziția nefavorabilă vestibularizată a implantului. Modelul funcțional a fost turnat din ghips IV şi a fost montat la paralelograf pentru a analiza şi decide axa de inserție-dezinserție a viitoarei supraproteze, axă în care se va confecționa bara.(3,4)

Pentru confecționarea structurii metalice s-au utilizat machetele prefabricate ale firmei producătoare de sisteme speciale. Macheta barei a fost confecționată din două bucăți pentru a respecta forma crestei edentate dintre cele două implante. Ambele au fost poziționate la paralelograf în axa de inserție stabilită utilizând pensa specială pusă la dispoziție de firmă. Macheta a fost definitivată, ambalată şi turnată, apoi prelucrată şi aşezată pe model (fig.4) pentru a fi trimisă în cabinet. Mezostructura a fost probată, adaptată şi verificată în cavitatea bucală, precum şi ca pasivitate prin strângerea şurubului în cadranul 4.

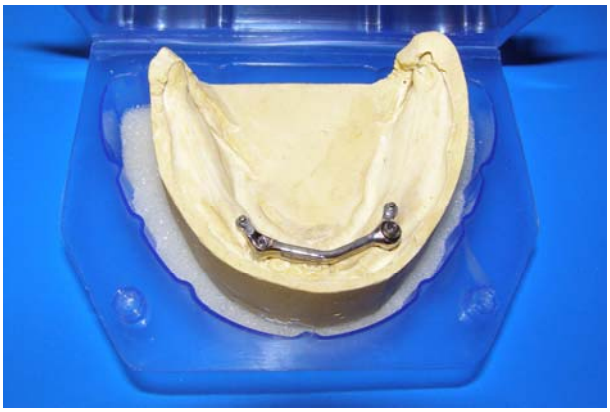


Fig. 4. Mezostructura pe model

S-a trecut la confecționarea suprastructurii. Pe bară au fost inserate machetele prefabricate ale lăcaşelor pentru călăreți şi pentru matricile capselor. A fost completată macheta suprastructurii utilizând elemente prefabricate secționate cât mai corect şi lipite cu ceară fotopolimerizabilă (utilizată pentru duritate şi pentru o contracție scăzută) în cantitate cât mai redusă. Şablonul de ocluzie realizat pe modelul funcțional a fost secționat în dreptul implantului din cadranul 3 din cauza poziției extrem de nefavorabile a acestuia (mult în afara crestei, spre vestibular). S-a realizat o montare inițială pentru a vizualiza posibilitățile de poziționare a dinților artificiali ținând cont de spațiul vertical deosebit de redus şi de poziția extrem de nefavorabilă a implantului din cadranul 3. S-a observat că dinții artificiali vor trebui reduşi şi vor fi evident mai mici decât antagoniştii. A fost realizată macheta finală a supraprotezei peste supra şi mezostructură.

Poziționarea dinților artificiali a fost deosebit de dificilă din cauza spațiului vertical redus, a poziției vestibularizate a implantului din cadranul 3, a angulației şi dimensiunii mari a antagoniştilor. Această machetă finală a fost amprentată înainte de a scurge ceara. S-a turnat un model peste care a fost confecționată o gutieră transparentă care să fie utilizată ca un ghid pentru a vizualiza atât spațiul disponibil pentru metalul suprastructurii, cât şi zonele unde este necesară aplicarea agenților de mascare. În interiorul dinților artificiali, pe fața mucozală, s-au realizat orificii în scopul de a obține o retenție suplimentară.

O atenţie deosebită trebuie acordată feţei mucozale a suprastructurii (fig.5) în sensul că lăcaşele pentru matricile capselor şi pentru călăreţi trebuie să nu prezinte plusuri şi să fie doar sablate, în niciun caz lustruite, deoarece îşi pierd fricţiunea cu călăreţul şi cu matricile. Porţiunile intermediare se lustruiesc normal.(5,6)

Supraproteza se prelucrează, se lustruieşte şi se finisează având grijă să nu se intervină asupra structurii metalice (fig. 6). Supraproteza totală a fost concepută şi realizată respectând etapele şi principiile de protezare a edentatului total (fig.7), pentru a putea asigura un grad de menţinere şi stabilitate precum şi un sprijin muco-osos eficient care să completeze şi să susţină din punct de vedere biodinamic acţiunea implantelor. La final supraproteza se trimite în cabinet împreună cu toate componentele pentru a fi aplicată în cavitatea bucală (fig.8).

Fig.5. Faţa mucozală a suprastructurii

Fig. 6. Detalii ale suprafeţei interne a protezei

*Fig.7.*Sistemul de ancorare

*Fig.8.*Detalii privind sistemul de ancorare

Supraproteza va conţine astfel suprastructura, iar mezostructura va fi cimentată (fig.9) pe implantul din cadranul 3, în cavitatea bucală, utilizând un ciment special (metal-metal) după ce va fi înşurubată în implantul din cadranul 4. Pacienta a fost instruită în ceea ce priveşte manipularea şi igienizarea supraprotezei în şedinţa de aplicare (fig.10). (7)

Discuţii

Cazul prezentat se distinge prin dificultatea deosebită apărută în elaborarea şi executarea planului de tratament din cauza spaţiului vertical redus, a poziţiei şi dimensiunii dinţilor antagonişti şi a poziţiei şi profilului implantului inserat în cadranul 3, precum şi statusul general (boala Parkinson, cu toate inconvenientele protetice şi în manevrele de tratament) şi refuzul pacientei la intervenţii suplimentare. De asemenea, gradul de atrofie al crestei reziduale mandibulare era destul de avansat.

Fig.9. Mezostructura în cavitatea bucală

Fig.10. Supraproteza în cavitatea bucală

Supraproteza a fost concepută şi realizată astfel încât să aibă sprijin mixt, muco-osos şi implantar. Matricile şi călăreţii prezintă un spaţiu în sens ocluzal care permite înfundarea supraprotezei sub presiune ocluzală.

Designul barei nu este uniform ci prezintă un anumit profil (drept sau rotund) în funcţie de care se optează pentru a realiza o legătură rezilientă sau rigidă cu călăreţul. Bara a fost montată cu marginea dreaptă spre călăreţ, astfel încât să realizeze o legătură rezilientă cu suprastructura incorporată în supraproteză.(8)

Concluzii

Terapia prin implante este din ce în ce mai frecvent utilizată, devenind o opţiune solicitată atât în rândurile pacienţilor, care nutresc visul „celei de-a treia dentiţii”, cât şi în rândurile medicilor care încearcă să răspundă solicitărilor pacienţilor. Deşi nu a devenit încă o terapie de masă,

protezarea pe implante pare să-şi părăsească treptat statutul de excepţie şi în medicina dentară românească.

Fără a elimina logica clinică şi principiile proteticii clasice, implantologia completează valoros paleta de opţiuni oferite pacientului de către medic.

În terapia edentatului total este important să subliniem avantajele protezării mobile pe implante, care pe lângă un cost mai redus raportat la protezarea fixă pe implante oferă pacientului un confort deosebit şi o posibilitate de igienizare optimă.

Toate acestea, împreună cu faptul că pacientul poate efectua o masticaţie mult mai eficientă, recomandă supraproteza pe implante ca pe o soluţie ce poate fi frecvent folosită.

Bibliografie

1. Burns DR. *Mandibular implant overdenture treatment: consensus andcontroversy*. J Prosthodont 2000;9:37-46.

2.Preiskel HW. *Overdentures Made Easy: A guide to implant and rootsupported prostheses.* Chicago: Quintessence Publishing; 2002. p. 24.

3. Chaimattayompol N, Stanescu J, Steinberg J, Vergo TJ Jr. *Use of a crossmounting buccal index to help transfer the spatial relationships of an interim prosthesis to the definitive implant-supported-prosthesis*. J Prosthet Dent 2001;85:509-15.

4. McCartney JW, Thompson GA, Goheen KL. *Silicone putty diagnostic casts for edentulous patients wearing complete dentures.* J Prosthet Dent 1994;71:220-1.

5. AbuJamra NF, Stavridakis MM, Miller RB. *Evaluation of interarch space for implant restorations in edentulous patients: a laboratory technique.* J Prosthodont 2000;9:102-5.

6. Bergendal T, Engquist B. *Implant-supported overdentures: a longitudinal prospective study*. Int J Oral Maxillo-facial Implants 1998;13:253-62.

7. Donatsky O, Hillerup S. *Non-submerged osseointegrated dental implants with ball attachments supporting overdentures in patients with mandibular alveolar ridge atrophy. A short-term follow-up.* Clin Oral Implants Res 1996;7:170-4.

8. Gotfredsen K, Holm B. *Implant-supported mandibular overdentures retained with ball or bar attachments: a randomized prospective 5-year study.* Int J Prosthodont 2000;13:125-30.

Principii de triaj şi evacuare la spitalele de campanie (ROLE 1 şi ROLE 2)

Lt.col. asist. univ. dr. Caius Bogdan TEUŞDEA
Secția UPU – Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila", Bucureşti

Rezumat. Dezastrul din punctul de vedere medical este caracterizat de disproporția dintre capacitatea de răspuns medical, resursele medicale disponibile şi cererea de ajutor medical. Obiectivul managementului medical al dezastrelor este de a asigura cât mai rapid beneficiul optim pentru cel mai mare număr de victime şi de a reduce mortalitatea, morbiditatea şi efectele indirecte. Nu toate victimele pot primi imediat ajutorul de care au nevoie, o selecție a lor este inevitabilă. Triajul este o metodă de management medical care permite identificarea cazurilor, introducerea lor în categoriile de triaj mărind, astfel şansele de supraviețuire. Cartela de triaj propusă are rolul de a îmbunătăți identificarea, marcarea victimelor, de a stabili o legătură între diferitele etape ale lanțului de ajutor medical, de a uşura urmărirea victimelor şi nu în ultimul rând are importanță medico-legală.

Cuvinte cheie: triaj, categorii de triaj, proceduri de triaj, cartele de triaj.

Summary. From a medical point of view a disaster is characterized by the disproportion between the medical response capacity and the actual medical resources available in order to manage the casualties. The objective of medical disaster management is to provide as rapid as possible the greatest benefit for the largest number of casualties in order to achieve a critical reduction in mortality, morbidity and indirect effects within the affected population. Not each individual victim can therefore immediately receive the necessary care, a certain selection of casualties is inevitable. Triage is a medical management tool which has the property to identify, to tag the disaster victims and in this order to facilitate the salvageable victims. The new proposed tagging system has the purpose to improve the victims identification, categorization, and to make a link between the different stages of the medical chain of care, to lighten the victims pursuing and it has also a forensic importance.

.

I. INTRODUCERE

Dezastrele de orice tip sunt evenimente care determină un număr mare de morți şi răniți, afectarea sau distrugerea facilităților care susțin şi asigură necesitățile umane. Aceste evenimente determină o cerere foarte mare de necesități medicale care se răsfrâng asupra sistemului de urgență medical local/național, dar în acelaşi timp afectează pentru o lungă perioadă de timp activitatea economică generală, precum şi capacitatea locală/națională de a începe/susține activitățile de răspuns. În aceste condiții este necesară existența unui instrument medical care să rezolve această discrepanță între cererea foarte mare de servicii medicale şi capacitatea de răspuns a sistemului medical. Astfel a apărut în secolul al XIX-lea termenul de TRIAJ.

Din punct de vedere medical un dezastru se caracterizează printr-o disproporție între capacitatea de răspuns medical şi resursele medicale disponibile pentru a conduce cazurile. Disproporția poate fi cantitativă şi/sau calitativă atât în ceea ce priveşte personalul şi echipamentul, cât şi în ceea ce priveşte problemele medicale şi cele de organizare.

Obiectivele managementului medical al dezastrelor

Obiectivele managementului medical al dezastrelor sunt următoarele:

- să asigure cât mai rapid cu putință cel mai mare beneficiu pentru un număr cât mai mare de răniți pentru a obține o reducere maximă a mortalității, morbidității şi a efectelor indirecte în populația afectată;
- să identifice minoritatea de răniți cu stare critică, dar care pot fi salvați, necesitând însă îngrijire imediată în cel mai scurt timp;
- să asigure folosirea eficientă a resurselor de personal, de echipament, de aprovizionare, de mijloace de transport, dar şi a facilităților medicale de tratament.

Managementul medical al victimelor unui dezastru vizează o serie de aspecte care pot fi împărțite în patru mari grupe:

- tipul şi severitatea leziunilor;
- numărul victimelor;
- distribuția spațială şi temporală a răniților;
- managementul cazurilor într-un sistem medical de urgență:
  - salvarea şi retragerea cazurilor din scena dezastrului;
  - punerea la punct a unui sistem de triaj;
  - măsurile de stabilizare;
  - distribuția şi evacuarea cazurilor;
  - internarea şi îngrijirea definitivă a victimelor în facilități medicale de ROLE 2, 3 sau 4.

II. TRIAJUL MEDICAL

1. Istoric. Cuvântul triaj provine din limba franceză - „trier," care înseamnă a sorta, a selecta. Cel mai mare credit este acordat medicului francez Dominique Jean Larrey, chirurg în armata lui Napoleon, care a pus bazele unei metode rapide de evaluare şi introducere într-o categorie de prioritate a răniților de pe un câmp de luptă, pentru a-i evacua pe cei care aveau nevoie de îngrijire medicală urgentă. El a instituit aceste metode în timp ce bătălia era în desfăşurare şi a triat pacienții indiferent de gradul lor militar.

2. Definiție. Triajul (la scena dezastrului/pe câmpul de luptă din teatrul de operații) poate fi definit ca un proces medical care determină ordinea priorităților de evacuare şi tratament cu scopul de a folosi cât mai bine resursele disponibile pentru resuscitarea, stabilizarea, distribuția şi transportul cazurilor şi toate acestea în beneficiul unui număr cât mai mare de cazuri (răniți, pacienți) şi pentru a reveni cât mai curând la situația normală.

În consecință, conceptul de triaj trebuie văzut într-un context mai larg şi are la bază următoarele elemente:

- evaluarea rapidă a tuturor victimelor dezastrului/conflictului armat;
- evaluarea naturii şi severității leziunilor;
- categorizarea/clasificarea (introducerea într-o categorie de triaj) cazurilor;
- resuscitarea, stabilizarea şi pregătirea pentru transport;
- distribuția şi evacuarea cazurilor.

3. Procesul de triaj trebuie să fie:

-*Progresiv* – trierea inițială va fi refăcută la nivelul ariilor de triaj desemnate pe parcursul lanțului evacuării (PMA - punctul medical avansat, spitalul ROLE 1 sau ROLE 2 etc.).

-*Continuu* – trebuie aplicat atâta timp cât există disproporție între cererea de ajutor medical şi resursele medicale disponibile.

-*Dinamic* – pentru a asigura un triaj adecvat se vor lua lua în considerare o serie de factori:

- numărul pacienţilor;
- tipul, extensia şi severitatea leziunilor;
- existenţa leziunilor asociate sau combinate (a poli-traumei);
- mecanismul de producere şi prognosticul leziunilor;
- modificările stării pacientului pe parcursul lanţului de ajutor medical;
- efectul tratamentului;
- vârsta pacientului;
- cultura şi religia locală.

Decizia de triaj medical în dezastre devine mai complexă atunci când medicul trebuie să ia în considerare şi alţi factori, cum ar fi: efectele dezastrului, locaţia şi accesul la cazuri, condiţiile ostile de mediu (folosirea de arme chimice, condiţiile meteo nefavorabile etc.), întârzierea tratamentului, resursele limitate (personal, materiale, mijloace de transport), distanţa până la spital şi respectiv capacităţile de tratament al facilităţilor medicale primitoare.

De fiecare dată când va face triajul, personalul medical va avea de înfruntat două probleme majore şi de luat două decizii:

- Este resuscitarea şi/sau intervenţia chirurgicală necesară sau fezabilă?
- Care este prioritatea de tratament şi/sau de evacuare?

Pentru aceste motive principiul triajului este frecvent considerat o procedură medicală impersonală, inumană şi tipic militară, care este greu de asumat de medici şi mai ales de cei tineri care vor să-i salveze pe toţi pacienţii pe care îi au în îngrijire.

4. Consideraţii etice. Principiul triajului cere ca personalul medical să acţioneze în afara codului etic normal care are la bază buna stare medicală a individului, să ia în considerare prognosticul tuturor cazurilor şi să îi selecteze pe aceia care au cele mai bune şanse de recuperare, necesitând însă timpul minim de îngrijire şi cu folosirea unei cantităţi minime de resursele disponibile.

De aceea personalul medical implicat în procesul de triaj va trece *de la un sistem bazat pe etica individuală,* care are la bază o relaţie confidenţială aleasă liber de către pacient, o libertate de diagnostic şi terapeutică a medicului, precum şi folosirea a maximului de resurse medicale pentru fiecare pacient, *la un sistem bazat pe etica colectivă,* în care un „colectiv" de victime ale dezastrului va fi condus de un personal medical variat la diferite eşaloane ale lanţului de ajutor medical (LAM), tratamentul se va baza pe protocoale simplificate şi standardizate, iar resursele limitate vor fi alocate pentru un maximum de cazuri. Selecţia criteriilor care stau la baza triajului *nu trebuie lăsată pe seama personalului medical de la locul dezastrului*, deoarece în acele condiţii de la locul dezastrului pot apărea erori care pot duce la creşterea mortalităţii şi morbidităţii.

Principiile de Triaj şi Protocoalele pentru Situaţiile cu Cazuri Multiple (de masă) trebuie dezvoltate şi promulgate de autorităţile medicale competente în coroborare cu legislaţia în vigoare (Ministerul Sănătăţii, Direcţia Medicală a M.Ap.N.).

Implementarea deciziilor de triaj este o atitudine învăţată şi exersată care presupune cunoştinţe de:

- patologie (de evaluare a leziunilor);
- fiziopatologie (determinanţi anatomici şi fiziologici);
- cu privire la prognosticul leziunilor;
- şi cunoştinţe clare despre sistemul de urgenţă, resursele de personal şi materiale disponibile, dar şi despre capacitatea de tratament a facilităţilor medicale receptoare (primitoare) – spitalele de ROLE 1 şi 2 din teatrele de operaţii (TO).

Personalul medical desemnat pentru triaj trebuie să fie antrenat frecvent în procedurile de triaj, fiecare în funcţia pe care urmează să o îndeplinească în echipa de triaj. Metodele de antrenament pot varia de la exerciţii în sala de clasă, la exerciţii pe câmp, cu simularea de cazuri reale (pacienţi cu mulaje).

5. Modul de realizare a triajului medical. Triajul medical are la bază evaluarea numărului cazurilor, a naturii şi a severităţii leziunilor. Este esenţială evaluarea rapidă a numărului leziunilor şi a leziunilor predominante. Această informaţie va fi comunicată de către comandantul detaşamentului medical eşaloanelor superioare responsabile de comandă şi coordonare pentru a uşura mobilizarea resurselor adecvate.

Examinarea medicală va fi întotdeauna simplă şi rapidă, fără a folosi mijloace de diagnostic avansate (doar măsurarea PA, a SpO_2 etc.), de aceea este foarte important:

- să fie realizată rapid pentru a nu întârzia evacuarea şi tratamentul definitiv al cazurilor;
- să aibă o acurateţe deosebită, să fie de încredere, deoarece fiecare eroare iniţială de clasificare poate introduce un pacient critic într-o categorie de triaj uşoară, greşeală ce poate fi fatală pacientului, având în vedere afluxul mare de victime;
- să fie completă prin îndepărtarea hainelor şi a pansamentelor, lucru foarte important la pacienţii cu poli-trauma, având în vedere că fiecare dintre leziuni contribuie la tabloul clinic general al acestora.

Ofiţerul de triaj. Procedura de triaj este realizată de *ofiţerul de triaj*, personaj învestit cu această funcţie de comandantul unităţii/facilităţii medicale sau de şeful UPU.

Ofiţerul de triaj trebuie să evalueze criteriile anatomice şi fiziologice, plus mecanismul de producere a traumei şi bolile asociate, să le interpreteze semnificaţia şi să-şi folosească experienţa şi judecata clinică pentru a adopta cea mai bună decizie, luând în considerare şi capacitatea de ajutor medical pe care o are la dispoziţie. Sarcina se va atribui unei persoane cu o experienţă adecvată, prin aceasta înţelegând cea mai experimentată persoană şi nu cea mai în vârstă sau cea mai calificată din punct de vedere profesional.

Ofiţerul de triaj poate fi:

- *la locul dezastrului* - un asistent medical experimentat sau un paramedic ;
- *în zona de triaj (zona de evacuare, zona de tratament)* – un medic de medicină de urgenţă şi un asistent medical;
- *în spital* – de obicei este un chirurg experimentat.

În orice caz, pentru ca o *echipă de triaj* să fie eficientă, membrii ei trebuie să fie antrenaţi în rolurile lor şi să aibă posibilitatea de a-şi menţine aptitudinile profesionale prin practicarea profesiei lor într-un spital.

Luarea deciziei de triaj. Pentru a lua această decizie personalul medical implicat va ţine seama de o serie de factori, care pot fi:

- *externi*: situaţia tactică şi misiunea de îndeplinit, posibilitatea de aprovizionare, vremea etc.;
- *interni*: aprovizionarea cu dispozitive şi materiale medicale, spaţiul avut la dispoziţie, capacitatea de îngrijire, personalul disponibil, existenţa stresului etc.

5.1. Clasificarea (categorizarea) victimelor dezastrelor şi principiile care stau la baza acestora

Proceduri de clasificare militară

a) Proceduri de triaj convenţionale

Obiectivul procedurilor de triaj convenţionale este de a utiliza efectiv şi eficient potenţialul de tratament chirurgical şi medical, precum şi al mijloacelor de transport, pentru a asigura îngrijirea

medicală optimă. Triajul se aplică la fiecare punct/facilitate medicală din lanţul de ajutor medical (LAM). Există 5 nivele de prioritate: urgent, imediat, întârziat, minim şi expectant (în aşteptare – muribund sau decedat).

Nivelul priorităţii determină momentul în timp la care se începe tratamentul şi/sau evacuarea, cu presupunerea că **TOATE CAZURILE** vor primi îngrijirea adecvată într-un interval de timp fixat anterior (de obicei primele 24 de ore).

URGENT (cod de culoare - roşu). Pacienţii din acest grup au nevoie de intervenţie medicală urgentă pentru a supravieţui. În această categorie intră pacienţii cu: asfixie, obstrucţie de CAS (căi aeriene superioare) de cauze mecanice, plăgi toracice aspirative, pneumotorax compresiv ("în tensiune"), plăgi maxilo-faciale cu asfixie sau cu risc de dezvoltare a asfixiei şi cu hemoragie internă ex-sangvinantă care nu răspunde la repleţia volemică agresivă. În această categorie mai intră majoritatea leziunilor cardiace, precum şi leziunile SNC cu alterarea statusului neurologic.

IMEDIAT (cod de culoare - roşu). Cazurile din această categorie au plăgi grave, care ameninţă viaţa, dar care necesită, pentru a supravieţui, proceduri chirurgicale de durată medie-scurtă. Aceste cazuri au o probabilitate mare de supravieţuire. Cazurile tind să rămână temporar stabile în timpul terapiei de repleţie volemică şi a evaluării (faza de supraveghere primară). Cuvântul cheie este ***temporar***. Din această categorie fac parte pacienţii cu următoarele patologii: plăgi toracice şi abdominale instabile, plăgi vasculare inaccesibile cu ischemie de membru, amputaţiile incomplete, fracturile deschise ale oaselor lungi, arsurile cu fosfor alb şi arsurile de gradul II şi III (clasificarea americană) pe ≥ 15-40% din suprafaţa corporală.

ÎNTÂRZIAT (cod de culoare - galben). Cazurile din această categorie pot tolera o întârziere înainte de intervenţia chirurgicală, fără a fi afectat însă prognosticul acestor pacienţi. Atunci când resursele medicale sunt depăşite, pacienţii din această categorie sunt ţinuţi pe loc/întârziaţi până când pacienţii din primele două categorii sunt îngrijiţi. Din această categorie fac parte:

- plăgile abdominale stabile cu leziuni viscerale probabile, dar fără hemoragie semnificativă; aceste cazuri pot fi întârziate 8-10 ore, după care există o corelaţie directă între timpul scurs până la intervenţie şi apariţia complicaţiilor;
- leziunile de ţesuturi moi care necesită debridare, plăgi maxilofaciale fără afectarea CAS, leziuni vasculare cu circulaţie colaterală adecvată, rupturi de tract urinar, fracturi care necesită intervenţie chirurgicală, debridare şi fixare externă şi majoritatea leziunilor oculare şi ale SNC.

MINIMAL (cod de culoare - verde). Această categorie cuprinde cazuri care sunt atât de uşoare, încât necesită toaletă, debridare minimă sub anestezie locală, administrarea de toxoid tetanic şi respectiv pansament de tip primul ajutor. Ei trebuie îndrumaţi rapid din aria de triaj spre zonele special amenajate, unde li se va acorda primul ajutor şi unde există personal medical nespecializat. În această categorie intră:

- arsurile pe mai puţin de 15% din suprafaţa totală a corpului, cu excepţia celor care afectează faţa, mâinile şi organele genitale;
- fracturile de membre superioare, luxaţiile, abraziunile, fazele iniţiale asimptomatice ale expunerii la radiaţii necuantificate, suspiciunea de leziuni prin explozie (perforaţie de timpan), modificări de comportament şi alte afecţiuni psihiatrice (PTSD).

EXPECTANT (cod de culoare - negru). Cazurile din această categorie au plăgi/leziuni atât de extinse încât chiar dacă ar fi singurul caz şi ar beneficia de îngrijirea medicală optimă, supravieţuirea ar fi puţin probabilă. Aceste cazuri vor fi separate de celelalte categorii de pacienţi, fără a fi însă abandonate. De aceea se vor lua măsurile paleative necesare pentru a le asigura confortul de către un personal competent. În această categorie intră următoarea patologie:

- TCC penetrante cu pacienţi în comă;
- leziunile înalte de măduva spinării;
- plăgile provocate de explozii care implică organe şi regiuni anatomice diferite;
- arsurile de gradul II-III pe suprafeţe de peste 60% BSA;
- convulsiile şi vărsăturile sub 24 de ore de la expunerea la radiaţii;
- şocul profund asociat cu leziuni multiple, respiraţia agonică.

b) Proceduri de triaj în situații cu cazuri multiple (de masă)

Existența unui aflux masiv şi brusc de cazuri, destul de mare pentru a depăşi resursele medicale disponibile, necesită o apropiere diferită pentru a tria cazurile. În aceste circumstanțe ***obiectivul serviciilor medicale*** este de a asigura îngrijirea medicală a unui număr cât mai mare de pacienți – „de a face cât mai mult pentru cei mai mulți".

Termenul de „situații cu cazuri multiple" poate include „situații compensate", atunci când resursele sunt adecvate şi „situații decompensate", care apar mai ales în domeniul militar. Aceste situații pot fi temporare sau pentru o perioadă mai lungă de timp. Este la latitudinea comandantului local de a introduce în practică triajul în aceste situații.

Clasificarea în situațiile cu cazuri multiple recunoaşte 4 categorii de triaj: imediat (roşu-T1), întârziat (galben-T2), minim (verde-T3) şi în aşteptare (negru-T4).

IMEDIAT – T1. Acest grup include acele victime care au nevoie de intervenții chirurgicale pentru a le salva viața. Intervențiile chirurgicale trebuie să nu fie consumatoare de timp şi se vor adresa pacienților cu cele mai bune şanse de supraviețuire (de exemplu, obstrucția respiratorie, cazurile instabile cu leziuni toracice sau abdominale, amputațiile de urgență etc.). Ordinul Ministrului Sănătății nr.487/2000 prevede categoriile de triaj pentru aceste situații cu cazuri multiple şi dezastre. Categoria de triaj T1- roşu include următoarele afecțiuni şi situații clinice:

- insuficiența respiratorie acută, stopul cardiac resuscitat;
- hemoragia severă (> 1 litru);
- pacientul inconştient sau obnubilat, TCC sever;
- plăgile penetrante toracice/plăgile abdominale profunde;
- fracturile de pelvis, de torace, de coloană cervicală, de membre sau luxațiile cu leziuni arteriale;
- arsurile complicate cu leziuni de căi aeriene, leziunile termice de inhalație;
- intoxicația cu CO.

ÎNTÂRZIAT – T2. Acest grup include acei răniți care au nevoie de intervenții chirurgicale consumatoare de timp, dar a căror stare generală permite o întârziere a intervenției chirurgicale fără a le pune în pericol viața.

Pacienților din această categorie li se va administra un tratament susținut, intensiv care are la bază: abordul venos periferic, repleția volemică agresivă, imobilizarea fracturilor, administrarea de antibiotice, cateterizarea vezicii urinare şi a stomacului, tratamentul analgezic etc. Afecțiunile care fac parte din această categorie sunt:

- arsurile de gradul II > 30% BSA (suprafața totală a corpului);
- arsurile de gradul III pe 10% BSA;
- arsurile de gradul III pe mâini, picioare, perineu şi față fără complicații respiratorii;
- arsurile complicate cu leziuni severe de țesuturi moi sau fracturi minore;
- hemoragia moderată (între 500 - 1000 ml);
- leziuni ale spatelui cu / fără leziuni mielice;
- victime cu TCC (cu hematom subdural, cu confuzie) cu următoarele caracteristici:
  i. licvoree (pierderi de LCR prin nas sau urechi);
  ii. vărsături; modificarea frecvenței respiratorii;
  iii. hematoame periorbitale;
  iv. anisocorie; răspuns motor absent (reflexele profunde absente);
  v. bradicardie < 60/minut; creşterea rapidă a PA sistolice; colaps;
  vi. pacient obnubilat (stupor).

MINIM - T3. Aceste cazuri au leziuni relativ minore, sunt pacienți care pot avea singuri grijă de ei sau pot fi ajutați de personal non-medical. În această categorie intră:

- fracturile digitale şi dentare, contuziile, plăgile minore;
- arsurile minore, arsurile de gradul II pe ≈ 15% BSA;
- arsurile de gradul III pe ≈ 2% BSA;

- arsurile superficiale (gradul I) > 20% BSA, cu excepţia mâinilor, picioarelor, perineului şi feţei;
- PTSD (sindromul de stres post-traumatic).

Ultima categorie de afecţiuni nu exista în O.M.S. nr. 487/2000, a fost introdusă de subsemnatul pentru a clasifica şi acest tip de afecţiune, care se întâlneşte frecvent în toate tipurile de situaţii cu cazuri multiple/dezastre **(**de exemplu, atacurile teroriste**,** cutremurele etc.).

EXPECTANT – T4. Din această categorie fac parte două tipuri de victime: pacienţii care au răni aşa de grave încât chiar dacă ar fi singurul caz şi ar beneficia de toate resursele medicale, supravieţuirea lor nu ar fi posibilă şi, respectiv, pacienţii decedaţi. Aceste cazuri nu trebuie abandonate, ci vor fi separate de celelalte cazuri sub supraveghere medicală. Afecţiunile medicale care duc la încadrarea în această categorie sunt următoarele:

- arsurile de gradul II şi III > 40% BSA;
- arsurile de gradul II şi III > 40% BSA asociate cu:
  - fracturi importante;
  - TCC sever;
  - TCC deschis cu expunerea ţesutului cerebral şi în comă;
  - TCC sever asociat cu fracturi severe;
  - leziuni toracice;
  - leziuni de măduva spinării cu lipsa sensibilităţii şi motricităţii;
- leziunile severe la persoane cu vârsta > 60-65 de ani.

Categorii speciale de triaj. Sunt considerate categorii speciale de triaj următoarele tipuri de pacienţi, care apar în urma unor condiţii deosebite de luptă sau au un statut special:

- răniţii contaminaţi într-un mediu de luptă în care s-au folosit arme biologice şi/sau chimice;
- răniţii într-un război nuclear;
- prizonierii de război.

Pacienţii încadraţi în aceste categorii speciale necesită un management deosebit, deoarece personalul care intervine are nevoie de costume de protecţie personală speciale pentru a se putea face extragerea din mediu şi decontaminarea, după care urmează carantinarea (pentru pacienţii care au suportat un atac cu arme biologice). Prizonierii de război au un statut special deoarece în plus ei trebuie îngrijiţi sub pază armată.

Categorizarea cazurilor în situaţiile de dezastre civile

Majoritatea sistemelor de clasificare împart cazurile apărute în urma unui dezastru în patru mari grupe:

- **“Prioritatea întâi - P1, categoria I, “imediat”, “urgenţă” sau culoarea roşie – T1** indică nevoia imediată de intervenţie medicală;
- **„Prioritatea a doua – P2”, categoria a II-a, “întârziat” sau culoarea galbenă – T2** defineşte pacienţii care pot fi întârziaţi o perioadă limitată de timp (6-18 ore) fără a le pune viaţa în pericol imediat;
- **„Prioritatea a treia – P3”, categoria a III-a, “minim” sau culoare verde – T3** indică pacienţii care nu au răni serioase şi care vor supravieţui chiar dacă îngrijirea lor este întârziată ore sau zile (maximum 36 de ore);
- **“Expectant” culoarea neagră /albastră, categoria a IV-a sau T4**, a fost adăugată pentru a defini pacienţii care sunt muribunzi, decedaţi, nu au şanse de a supravieţui sau sunt într-o stare atât de proastă încât pot fi salvaţi doar dacă se consumă toate resursele disponibile la acel moment, lăsând astfel fără îngrijire ceilalţi pacienţi. O parte din personalul medical are dificultăţi în a clasifica un pacient ca “expectant”, deoarece într-o situaţie normală ar fi încercat să le salveze viaţa printr-un efort medical extraordinar. De

altfel este o decizie foarte grea, care este necesară atunci când există multe cazuri care necesită mai multe resurse (de orice tip) decât sunt disponibile.

Categorizarea cazurilor în situaţiile de dezastre civile/militare în funcţie de principiile ATLS

Principiile ATLS (Advanced Trauma Life Support) pot fi de asemenea folosite pentru a stabili priorităţile de tratament atât la facilităţile de ROLE 1 şi 2, cât şi la cele de ROLE 3. Categoriile de triaj sunt următoarele:

- **URGENT**: această categorie de triaj include pacienţii cu risc de a deceda rapid după o traumă care afectează CAS şi care produce insuficienţă respiratorie sau şoc care nu răspunde la tratamentul de stabilizare prevăzut de principiile ATLS. Intervenţia chirurgicală de urgenţă va fi realizată în minute, pentru a putea acorda câteva şanse de supravieţuire acestui tip de pacient;
- **IMEDIAT**: această categorie de triaj include majoritatea cazurilor cu plăgi toracice sau abdominale care răspund la manevrele de salvare a vieţii tip ATLS, dar şi pe cei cu leziuni extensive de ţesuturi moi şi osoase, mai ales atunci când există şi o leziune majoră vasculară. Intervenţia chirurgicală este necesară sub 6 ore de la traumatism;
- **ÎNTÂRZIAT**: această categorie de triaj include majoritatea cazurilor cu fracturi sau leziuni de ţesuturi moi. Nu impune intervenţii de tip ATLS, dar necesită intervenţie chirurgicală între 12-24 de ore de la traumă;
- **MIMIM sau AMBULATOR**: această categorie de triaj include cazurile care sunt doar înregistrate. Ele se pot rezolva în ambulatoriu şi nu necesită evacuarea la eşaloanele superioare;
- **ÎN AŞTEPTARE - EXPECTANT**: această categorie de triaj include cazurile ale căror leziuni sunt atât de severe încât nu se aşteaptă supravieţuirea chiar în condiţiile în care li se acordă îngrijirea medicală disponibilă. În această categorie intră cei cu moartea creierului sau cei cu arsuri profunde pe o suprafaţă mare a corpului. Aceste cazuri nu se evacuează de la eşaloanele care semnalează că au astfel de pacienţi.

Principiile care stau la baza triajului - scoruri de care evaluează severitatea leziunilor

Pentru a putea evalua severitatea leziunilor, se impune ca personalul medical care realizează triajul să posede cunoştinţe temeinice de anatomie, fiziologie, fizio-patologie şi cu privire la efectele bolilor asociate asupra prognosticului pacienţilor.

Severitatea leziunilor poate fi evaluată prin folosirea următoarelor criterii:

- criterii anatomice: regiunea anatomică afectată, gradul leziunii etc.;
- criteriile fiziologice (variabilele fiziologice) – presiunea arterială, pulsoximetria, pulsul periferic, statusul neurologic etc.;
- combinaţia de indicatori fiziologici, criterii anatomice şi mecanismul de producere al leziunilor (leziuni nepenetrante /penetrante);
- factorii morbizi asociaţi (vârsta, greutatea, prezenţa diferitelor afecţiuni – diabet zaharat, HTA, tratament anticoagulant etc.).

Personalul implicat în activitatea de triaj trebuie să cunoască o serie de sisteme de scor de evaluare a gravităţii traumei, cum ar fi: Trauma Score (TS), Revised Trauma Score (RTS), Injury Severity Score (ISS), scorul Teuşdea etc.

Champion a folosit scorurile de severitate pentru a evalua severitatea leziunilor pacienţilor în situaţiile de dezastru obţinând următoarele date (vezi tabelul nr.1)

.

În cursul procesului de triaj, dacă criteriile enumerate nu sunt aplicate corect pot apărea două tipuri de greşeli de triaj, şi anume "subtrierea" şi respectiv "supratrierea". *Subtrierea* apare atunci când un pacient cu leziuni severe este triat şi trimis la facilităţi medicale unde resursele şi tratamentul sunt inadecvate (de exemplu, pacientul are TCC care necesită intervenţie chirurgicală şi ajunge la un spital de ROLE 2). Apare dacă criteriile de triaj nu sunt destul de sensibile.
Supratrierea apare atunci când un pacient cu leziuni minore este direcţionat spre un centru regional de trauma. Apare dacă criteriile de triaj nu sunt specifice.

Tabelul nr.1 Corelaţia între valoarea punctajului şi categoria de triaj

Prioritatea /categoria de triaj	**Scorurile de gravitate folosite**	
	TS (puncte)	**RTS (puncte)**
Imediat - T1	4-10	4-9
Intârziat - T2	11 – 12	10 – 11
Minim - T3	15 – 16	12
Expectant - T4	< 3	≤ 2

Oricare dintre cele două tipuri de greşeală de triaj poate creşte mortalitatea, morbiditatea sau poate determina folosirea inadecvată a resurselor limitate avute la dispoziţie.

Sisteme de marcare/etichetare (cartele de triaj) - TAGGING SYSTEMS

Sunt mai multe sisteme de marcare – cartele de triaj disponibile, una dintre cele mai cunoscute fiind METTAG – SUA (Medical Emergency Triage Tag – Cartela de Triaj pentru Urgenţe Medicale), care conţine o secţiune cu benzi colorate (roşu, galben, verde, negru) care se pot detaşa/rupe pentru a clasifica starea pacientului în respectivul moment al examinării.

În acest articol propun o ***cartelă de triaj*** (vezi figura nr.1) adaptată legii nr.95/2006 şi noilor condiţii de dotare ale sistemului medical militar de urgenţă din România. La alcătuirea cartelei au contribuit pe lângă studierea celorlalte tipuri de cartele de triaj şi cunoştinţele acumulate cu ocazia celor două mastere europene în medicina dezastrelor, precum şi cei 6 ani de studiu pentru finalizarea tezei de doctorat care a avut drept subiect poli-traumatismele şi scorurile de gravitate a leziunilor.

Cartela de triaj va fi completată şi agăţată de gâtului pacientului, ultima bandă colorată prezentă reprezentând categoria de triaj care dă prioritatea respectivului pacient.

Colţurile cartelei sunt numerotate pe o parte, iar pe cealaltă parte există simbolul unei ambulanţe (colţul va rămâne la şoferul ambulanţei) sau o cruce roşie (colţul va rămâne la medicul care a triat pacientul). Astfel va exista o evidenţă a pacienţilor cu privire la cine anume i-a îngrijit şi respectiv transportat, deoarece colţurile se pot detaşa. De asemenea cartela de triaj are şi importanţă medico-legală prin toate informaţiile pe care le conţine.

Noua cartelă de triaj propusă poate fi folosită şi în cercetarea ştiinţifică, deoarece conţine suficiente informaţii pentru a studia diferitele tipuri de dezastre şi conflicte militare, modul de producere a traumei, tipurile de leziuni care apar, evoluţia pacientului etc.

Acest tip de cartelă de triaj propusă de subsemnatul are două feţe şi mai multe secţiuni (vezi figura nr.1).

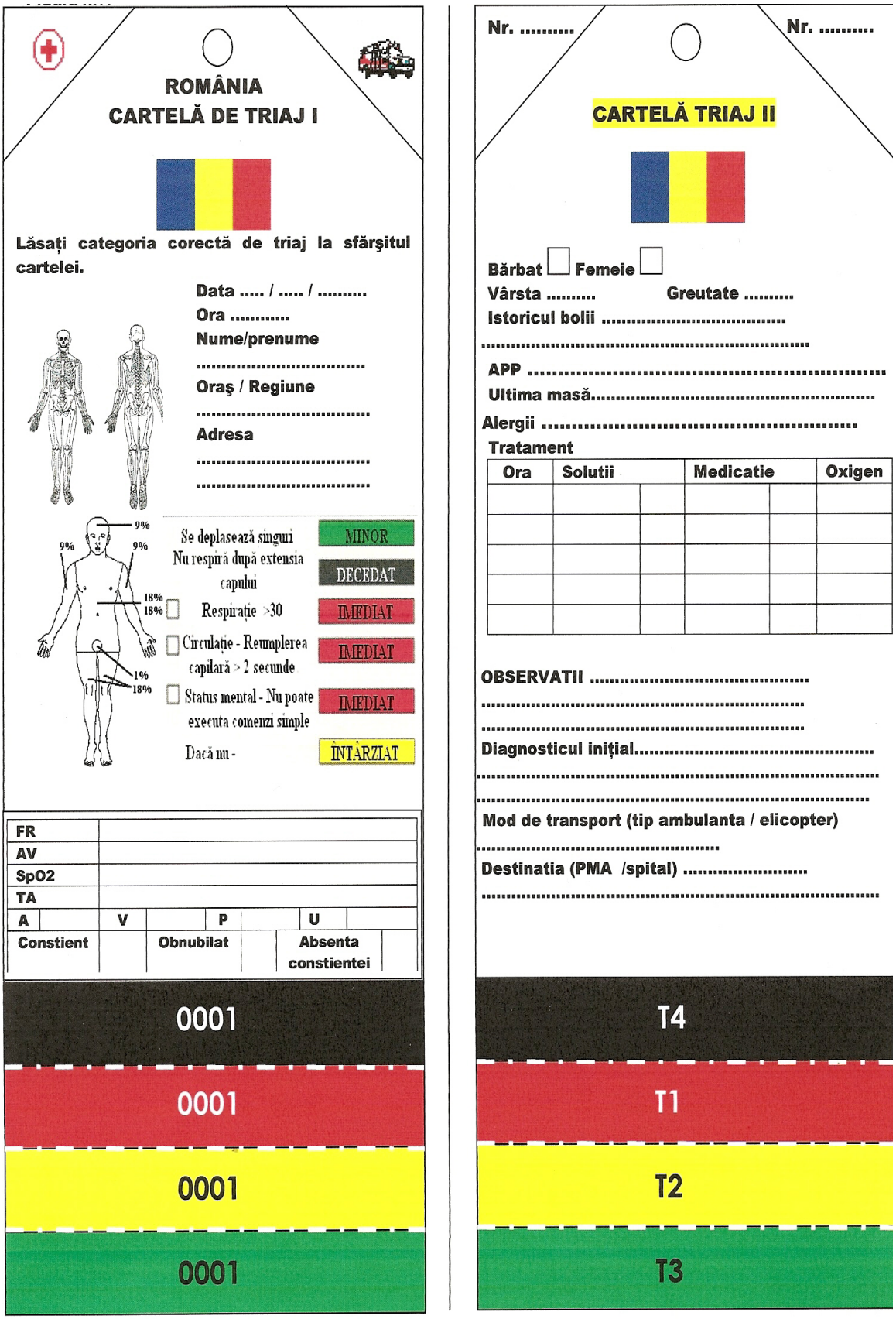

ROMÂNIA
CARTELĂ DE TRIAJ I
Lăsați categoria corectă de triaj la sfârșitul cartelei.
Data ..... / ..... / .....
Ora .....
Nume/prenume
.....
Oraş / Regiune
.....
Adresa
.....
.....
9%
9%
9%
18%
18%
1%
18%
Se deplasează singuri
Nu respiră după extensia capului
MINOR
DECEDAT
Respiraţie >30
IMEDIAT
Circulaţie - Reumplerea capilară > 2 secunde
IMEDIAT
Status mental - Nu poate executa comenzi simple
IMEDIAT
Dacă nu -
ÎNTÂRZIAT
FR
AV
SpO2
TA
A
V
P
U
Constient
Obnubilat
Absenta constientei
0001
0001
0001
0001
Nr. .....
Nr. .....
CARTELĂ TRIAJ II
Bărbat
Femeie
Vârsta .....
Greutate .....
Istoricul bolii .....
.....
APP .....
Ultima masă.....
Alergii .....
Tratament
Ora
Solutii
Medicatie
Oxigen
OBSERVATII .....
.....
.....
Diagnosticul inițial.....
.....
.....
Mod de transport (tip ambulanta / elicopter)
.....
Destinatia (PMA /spital) .....
.....
T4
T1
T2
T3

Fig. 1

Prima față – CARTELĂ DE TRIAJ I are următoarele componente:

- data şi ora examinării pacientului;
- date paşaportale: nume, prenume, adresa, oraşul, numărul de telefon (atunci când este posibilă obținerea acestora);
- un tabel legat de aplicarea algorimului S.T.A.R.T., pentru a uşura trierea pacientului: dacă pacientul se deplasează singur – se va clasifica verde (T1), dacă nu respiră după extensia capului – se va clasifica negru (T4), dacă Frecvența Respiratorie (FR) este > 30/minut, va fi clasificat ca roşu (T1), dacă reumplerea capilară este > 2 secunde, va fi clasificat ca roşu (T1), dacă nu poate executa comenzi simple - va fi clasificat ca roşu (T1), iar dacă poate executa comenzi simple, dar are timpul de reumplere > 2 secunde, va fi clasificat ca galben (T2);
- schema corporală care conține şi scheletul osos, pentru a uşura evidențierea leziunilor;
- schema corporală cu „regula lui 9", pentru a uşura desenarea arsurilor atunci când ele există;
- un tabel cu constantele vitale ale pacientului: frecvența respiratorie (FR), alura ventriculară/pulsul (AV), saturația periferică în oxigen (SpO_2), presiunea arterială sistolică (PAs), formula mnemotehnică AVPU şi referiri clare cu privire la statusul mental exact al pacientului – conştient, obnubilat, absența conştienței (în comă);
- la sfârşitul cartelei cu corespondență pe ambele părți se află patru benzi (din care 3 se pot detaşa) care indică categoria de triaj. Cartela care rămâne ultima indică categoria de triaj. Pe benzi sunt înscrise numerele de identificare ale cartelei, care sunt înscrise şi pe unul dintre colțurile cartelei.
- **Cartela conține în partea superioară şi o indicație – „Lăsați categoria corectă de triaj la sfârşitul cartelei",** pentru a nu apărea confuzii cu privire la modul de semnalare a categoriei de triaj.

A doua față (revers) – CARTELĂ DE TRIAJ II - are următoarele secțiuni:

- sexul, vârsta şi greutatea pacientului;
- istoricul bolii – se vor nota modul de producere a leziunilor (plagă împuşcată, explozie, accident rutier, de tren, accident chimic etc.), semnele şi simptomele pe care le are pacientul;
- antecedentele personale patologice (APP) – se vor nota antecedentele patologice ale pacientului, tratamentul cronic (anticoagulant, antiHTA etc.);
- ultima masă – se va nota ora (cu aproximație) la care pacientul a luat ultima masă, informația este importantă pentru managementul CAS (căilor aeriene superioare), al intervențiilor salvatoare de viață şi al celor chirurgicale de urgență;
- alergii – se vor nota alergiile pacientului;
- tratamentul aplicat pacientului (sub formă de tabel). Se vor nota: ora administrării, soluțiile perfuzabile, medicamentul, dacă s-a administrat oxigen;
- observații – se vor nota elemente legate de starea pacientului, particularități ale cazului, leziunile majore, evoluția acestuia;
- diagnosticul inițial;
- modul de transport – se va nota mijlocul de transport: ambulanță (tipul ambulanței), elicopter, avion etc.;
- destinația pacientului – se va nota destinația pacientului: spital, centru trauma etc.;
- la sfârşitul cartelei cu corespondență pe ambele părți se află patru benzi (din care trei care se pot detaşa) care indică categoria de triaj. Cartela care rămâne ultima indică

categoria de triaj. Pe benzi sunt înscrise categoriile de triaj: T4 pe banda neagră, T1 pe banda roşie, T2 pe banda galbenă şi respectiv T3 pe banda verde.

Cartela de triaj propusă poate fi folosită atât la nivelul facilității de ROLE 1, cât şi la nivelul facilităților de ROLE 2 şi respectiv 3. De asemenea, cartela (care însoţeşte obligatoriu pacientul) are şi calitatea de a face legătura dintre diferite structuri ale LAM, deoarece conține şi informații cu privire la starea pacientului la momentul primului triaj, la evoluția pacientului şi la tratamentul administrat.

5.2.Modul de realizare a triajului victimelor dezastrelor de orice tip. Triajul poate fi folosit în două scopuri principale: pentru tratament şi, respectiv, pentru evacuare.

Triajul pentru tratament

Sisteme fiziologice. Pentru a realiza triajul este necesar un sistem simplu, sigur, rapid şi reproductibil care să poată fi aplicat atât de medici, cât şi de asistenții medicali/paramedici. Se pot folosi sisteme fiziologice care caută evidențierea consecințelor leziunilor şi anume modificările semnelor vitale: frecvența respiratorie, frecvența pulsului şi timpul de reumplere capilară. Aceste sisteme sunt mult mai de încredere decât sistemele anatomice, care necesită cunoştințe clinice multiple, dezbrăcarea completă a pacientului şi investigarea paraclinică a acestuia.

Triajul tip "sită" – Triage Sieve

O metodă fiziologică de triaj larg acceptată (pentru tratament şi nu numai) este *triajul tip „sită"*. Acesta evaluează mobilitatea pacientului, libertatea CAS, respirația şi circulația.

Acest tip de triaj, şi nu numai, realizează doar o imagine de moment a cazului la ora evaluării. Pentru a identifica modificările în starea cazului, acesta va fi repetat la fiecare etapă a LAM. Este important ca inițial să ***nu*** încerci să prezici evoluția nefavorabilă a cazului, deoarece acest lucru va duce la „supra-triere", care va încărca sistemul cu cazuri T1 şi T2.

Triajul Simplu şi Tratamentul Rapid - S.T.A.R.T. (Simple Triage and Rapid Treatment)

Pentru a putea realiza triajul este nevoie de o unealtă medicală care să faciliteze luarea deciziei de triaj, în acest scop fiind dezvoltate mai multe tipuri de astfel de unelte, dintre care cea mai folosită este S.T.A.R.T.

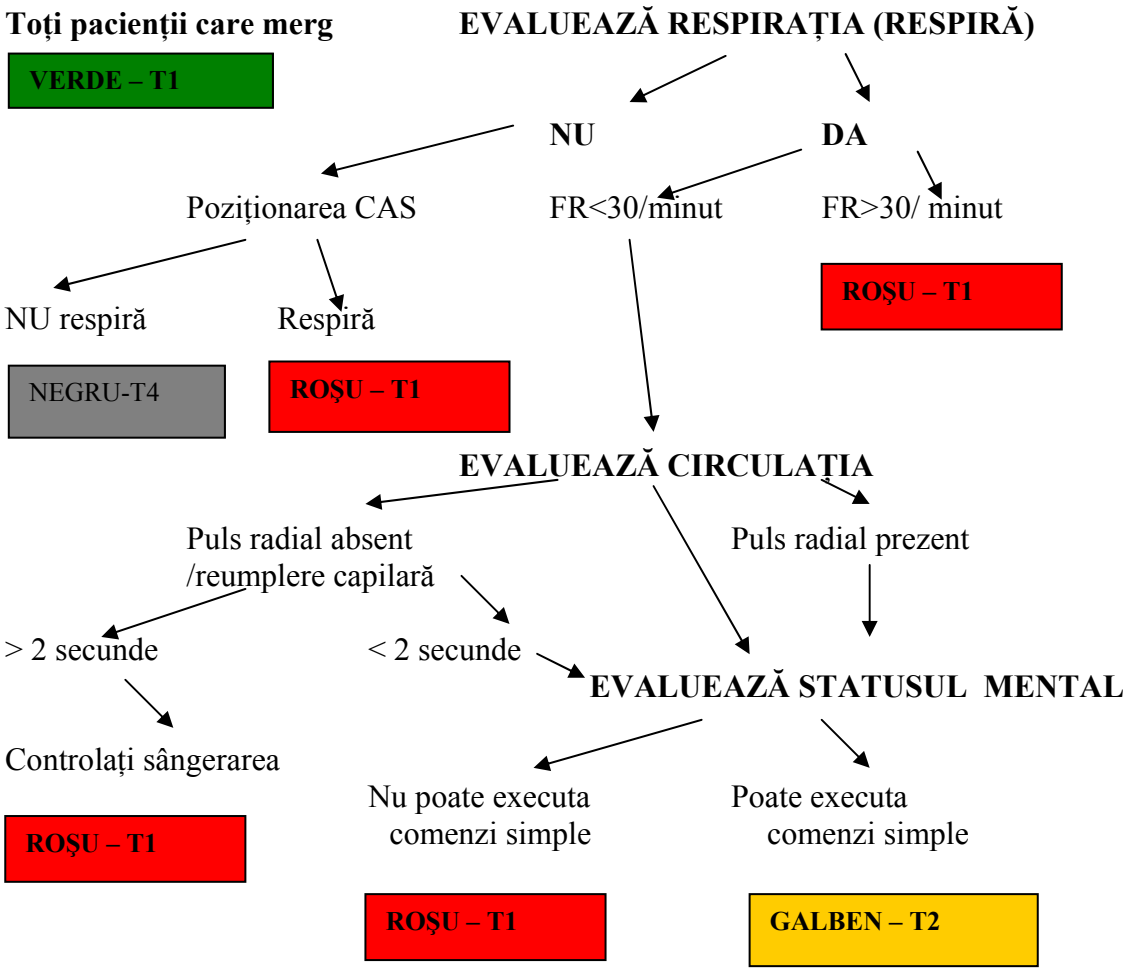
Sistemul S.T.A.R.T. (vezi tabelul nr.2) a fost dezvoltat mai ales pentru asistenții medicali şi pentru paramedici şi este un algoritm de triaj care aplicat corect permite introducerea victimelor dezastrelor în grupe de tratament adecvate. Aceştia trebuie să aibă cunoştințe temeinice de BLS – SVB (Basic Life Support –Suport de Bază al Vieții). Algoritmul permite evaluarea respirației, circulației şi statusului mental al pacientului în 60 de secunde sau mai puțin.

Pacientul trebuie triat înainte de a începe tratamentul, se stabileşte prioritatea, se poate scrie prioritatea pe fruntea pacientului, după care se trece la următorul pacient.

Evaluarea statusului mental se poate face de către medici cu scala Glasgow pentru come, dar restul personalului va folosi formula mnemotehnică AVPU, astfel:

- A – ALERT, pacientul este conştient, orientat temporo-spațial;
- V – VOCAL, pacientul este somnolent, răspunde doar la stimuli vocali;
- P – PAIN (durere), pacientul este obnubilat, răspunde doar la durere;
- U – UNRESPONSIVE (fără răspuns), pacientul este în comă, nu răspunde la durere sau alți stimuli.

Tabelul nr.2. Sistemul S.T.A.R.T. de triaj



Tratamentul care poate fi administrat răniților la nivelul facilităților medicale în urma aplicării triajului fiziologic este următorul:

- **Facilități de ROLE 1 –** se aplică tratament pentru a restaura şi stabiliza funcțiile vitale;
- **Facilități de ROLE 2** - se realizează resuscitarea, stabilizarea cazurilor şi intervenții chirurgicale de tip „damage control – control al leziunilor", iar pacienții pot fi reținuți câteva zile;
- **Facilități de ROLE 3 -** se pot realiza spitalizarea pacienților şi intervenții chirurgicale care salvează viața, dar şi intervenții chirurgicale definitive;
- **Facilități de ROLE 4** - se realizează intervenții chirurgicale de înaltă specializare consumatoare de timp şi de îngrijiri medicale pe termen lung.

Triajul pentru evacuare – Triage Sort

Atunci când personalul şi resursele sunt limitate şi nu se poate face Triage Sieve se va folosi Triage Sort. Acest sistem de triaj foloseşte scorul Revizuit pentru Trauma (RTS), şi anume: frecvența respiratorie, presiunea arterială sistolică şi scorul Glasgow pentru come, pentru a da puncte (de la 0 la 12) cazurilor. În acest fel răniții pot fi introduși într-una dintre categoriile de triaj, stabilind astfel prioritatea pentru evacuare şi/sau nevoia pentru intervenții suplimentare (vezi tabelul nr.1). Este o metodă mai complexă, deoarece necesită cunoştințe solide de evaluare a statusului neurologic (GCS).

Modul de realizare a procesului de triaj este asemănător, în timpul procesului de triaj urmărindu-se constantele fiziologice (mobilitatea pacientului, respirația, circulația şi statusul neurologic).

Metodele de evaluare sunt însă diferite, personalul medical urmărind: mobilitatea pacientului, frecvenţa respiratorie, presiunea arterială sistolică/prezenţa pulsului la artera radială/reumplerea capilară, statusul neurologic (AVPU sau GCS). În text este descris separat triajul pentru tratament şi respectiv pentru evacuare doar din motive didactice. Utilizarea lor separată pentru tratament şi respectiv evacuare este indicată atunci când se folosesc la nivelul facilităţilor de ROLE 2 şi respectiv 3, care au metode de evaluare mai avansate şi personal cu pregătire superioară.

Sistemele anatomice. Sunt greu de întrebuinţat în condiţiile de pe câmpul de luptă din teatrele de operaţii. Criteriile anatomice folosite definesc leziuni specifice ale organelor şi sistemelor de organe, lucru ce presupune un diagnostic definitiv, ceea ce înseamnă folosirea acestui tip de scor în faza spitalicească a ajutorului medical, la nivelul UPU (Unitate de Primiri Urgenţe).

Criteriile anatomice sunt în legătură directă cu regiunea lezată: cap şi gât/torace/ abdomen/regiunea dorsală/pelvis/piele şi extremităţi, gravitatea fiind corelată cu aceasta. Scorurile anatomice utilizează criterii anatomice de evaluare, unelte care apreciază severitatea leziunii în corelaţie cu organele lezate sau locul leziunii.

6. Resuscitarea, stabilizarea şi pregătirea pentru evacuare şi transport a victimelor dezastrului

Resuscitarea şi stabilizarea la locul dezastrului sunt necesare datorită impactului deosebit pe care îl au asupra prognosticului cazurilor: prevenirea numeroaselor decese timpurii, prelungirea timpului limită pentru tratamentul definitiv şi, nu în ultimul rând, schimbarea categoriei de triaj, ceea ce înseamnă schimbarea priorităţilor de tratament şi evacuare.

Procedurile folosite sunt similare celor utilizate în sistemul de urgenţă obişnuit de zi cu zi (la nivelul UPU) pentru a obţine un răspuns imediat şi eficient.

6.1. Organizarea, personalul şi intervenţia propriu-zisă. Toate cazurile trebuie să treacă printr-o *arie de triaj unică* şi este necesar să fie supuse unei evaluări rapide de către *un ofiţer de triaj iniţial* care face parte dintr-o echipă de triaj.

În zona de triaj **NU SE FAC TRATAMENTE MEDICALE DE NICIUN FEL**, aici se face doar triajul medical al pacienţilor rezultaţi în urma dezastrelor. Cazurile vor fi trimise/transportate rapid în aria de tratament adecvată pentru îngrijire.

O zonă de triaj (Z.T.) ideală îndeplineşte următoarele condiţii:

- este învecinată cu zona de primire a cazurilor - punctul de adunare răniţi, cu zona de evacuare şi, respectiv, cu zona de decontaminare;
- are un sens unic spre şi în interiorul zonei de triaj, pe rute separate care să fie uşor identificate, marcate (semne, culori, lumini chimice etc.) şi de aici spre zona de tratament;
- spaţiul pentru triaj va fi bine luminat, acoperit, suficient de mare, pentru a permite un acces uşor, o evaluare adecvată şi un transport rapid şi uşor al cazurilor în şi în afara acestui perimetru;
- are desemnat un spaţiu dedicat pentru identificarea, marcarea şi înregistrarea dispoziţiei iniţiale de triaj (de la locul dezastrului);
- are asigurat un număr suficient de tărgi, de toate tipurile (controlate de un subofiţer sanitar), astfel încât să permită un flux continuu al cazurilor.

Ideal, un chirurg sau un medic de medicină de urgenţă /de medicină generală cu atestat în urgenţe cu experienţă în plăgi de război trebuie folosit în Z.T. din facilitatea de ROLE 2. ***Din nefericire***, folosirea unui chirurg în afara sălii de operaţie este un lux pe care puţine unităţi medicale şi-l pot permite (doar facilităţile de ROLE 3 şi respectiv ROLE 4). De aceea, este esenţial ca o altă persoană cu experienţă clinică să fie antrenată pentru a prelua această sarcină, şi anume un (o) asistent(ă) medical(ă), mai ales la facilităţile de ROLE 1 şi 2.

Aceste antrenamente se pot realiza prin organizarea de exerciţii civile/militare cu simularea de diferite situaţii cu cazuri multiple (de masă), în cursul lor putându-se identifica persoana/persoanele capabile să îndeplinească acest rol în situaţii reale în absenţa unui chirurg.

6.2. Misiunea de dispecer şi de evacuare a cazurilor. Reglementarea medicală a cazurilor (dispeceratul) este un proces care coordonează evacuarea cazurilor de la locul dezastrului la facilităţile medicale adecvate, permiţând folosirea eficientă a resurselor din spitale. Victimele dezastrului trebuie evacuate în mijloace de transport adecvate, sub supraveghere medicală, folosind aceleaşi categorii de triaj de mai sus, astfel: cei care au categoria **T1 - roşu** vor fi transportaţi primii, urmaţi de categoria **T2 – galben** şi, respectiv, celelalte categorii de triaj, **T3** şi, ultimii, **T4**.

Procesul de dispecerat poate fi influenţat de numeroşi factori, cum ar fi:

- capacitatea de tratament a facilităţilor medicale primitoare;
- capacităţile de tratament specializat;
- capacităţile de transport din zona afectată;
- limita de timp pentru tratament definitiv;
- distanţa până la facilităţile medicale primitoare;
- numărul şi starea clinică a cazurilor.

Comunicaţiile eficiente sunt critice în acest proces de reglementare. De aceea trebuie să existe o *reţea de comunicaţie dedicată*, care să fie disponibilă pentru coordonarea medicală la locul dezastrului şi pentru procesul de dispecerat şi, respectiv, de transport al cazurilor la facilităţile medicale primitoare.

III. CONCLUZII

1. ***Triajul este un proces*** şi nu o procedură singulară realizată o singură dată de-a lungul LAM. Procedura de triaj trebuie realizată de către cei mai experimentaţi medici/asistenţi medicali la diferitele nivele ale acestui lanţ.

2. ***Triajul în situaţii de dezastre nu este identic cu triajul într-o UPU în situaţii obişnuite***. Prioritatea se va acorda acelor pacienţi care au cel mai mare beneficiu în urma tratamentului. Pacienţii care au probabilitate mare de a deceda chiar cu un tratament adecvat şi cei care vor trăi fără tratament au prioritate scăzută (mică).

3. ***Triajul este un proces dinamic***. Decizia de triaj este influenţată atât de criteriile anatomice şi fiziologice, cât şi de factori care ţin de organizare şi respectiv de mediu.

4. ***Triajul este un proces continuu***, el va fi repetat la fiecare nivel al LAM.

5. ***Triajul este un proces progresiv,*** începând cu un triaj preliminar la locul dezastrului şi un triaj mai amănunţit al cazurilor pe măsură ce pacienţii avansează pe lanţul de ajutor medical (LAM).

6. În timp ce principiile de triaj sunt aceleaşi la diferite nivele ale LAM, ***aplicarea lor este flexibilă,*** în funcţie de natura dezastrului şi de o serie de alţi factori. Judecata clinică şi organizarea sistemului, asociate cu antrenamentul şi experienţa personalului implicat au o valoare inestimabilă.

7. ***Metodele de triaj militare,*** care au o eficacitate dovedită în timp, par să aibă cea mai mare valoare în caz de dezastre. Aceste proceduri de clasificare militare este necesar să fie adaptate la tipul de patologie care apare în dezastrele civile, precum şi la logistica civilă. Pentru a obţine cel mai mare beneficiu pentru cel mai mare număr de victime (răniţi), cazurile trebuie introduse într-una dintre următoarele categorii de triaj:

- **T1 – roşu - grupul de tratament imediat**. Cazurile din această categorie au nevoie de manevre medicale şi/sau intervenţii chirurgicale care salvează viaţa cu şanse foarte bune de a supravieţui. Procedurile de tratament nu trebuie să fie consumatoare de timp.
- **T2 – galben - grupul de tratament întârziat**. Cazurile necesită tratament în spital, dar starea lor permite o întârziere a tratamentului fără a le pune în pericol viaţa. Măsurile de suport medical administrate au rolul de a reduce efectele întârzierii tratamentului medical.
- **T3 – verde - grupul de tratament minimal**. Sunt pacienţi răniţi uşor şi /sau care se pot deplasa singuri, care au nevoie de un tratament în ambulatoriu sau de îngrijiri minore care pot fi acordate şi de personalul nespecializat.
- **T4 – negru - grupul de tratament în aşteptare**. Sunt pacienţi răniţi grav, frecvent cu multiple leziuni care au nevoie de tratament extensiv şi intensiv cu şanse mici sau zero de supravieţuire. Aceştia însă nu vor fi abandonaţi, ci li se va crea o zonă specială, unde li se

va administra un tratament paleativ, sub supraveghere. Dacă situaţia de dezastru intră sub control, tratamentul definitiv se va administra cât mai repede posibil celor care mai au şanse de supravieţuire.

8. ***Sistemele de triaj trebuie standardizate*** atât la nivel naţional, cât şi la nivel internaţional. Astfel politica de triaj standardizată va putea fi aplicată atât la nivelul situaţiilor de dezastre/cu cazuri multiple (de masă), cât şi al conflictelor militare.

9. ***Cartela de triaj propusă*** este uşor de completat, este clară şi conţine toate informaţiile necesare pentru a evalua pacientul şi a-l introduce într-o categorie de triaj. Ea mai conţine şi toate informaţiile necesare cu privire la modul de producere a traumei, tratamentul aplicat, modul de transport al pacientului etc., precum şi informaţii cu caracter medico-legal. De asemenea cartela de triaj face legătura între diferitele etape ale LAM, având toate informaţiile necesare cu privire la starea pacientului, evoluţia acestuia, tratamentul aplicat etc., uşurând urmărirea acestuia. În plus, ea mai poate fi folosită şi în cercetarea ştiinţifică a traumei, a patologiei dezastrelor etc.

Bibliografie selectivă

1. American College of Surgeons Committee of Trauma – *Field categorization of trauma patients and hospital trauma index.* Bulletin of the American College of Surgeons. 1980 (February); 65 : 28-33.
2. Bisanzo M, Bhatia K, Filbin M: *Emergency Management of the Trauma Patient: Cases, Algorithms, Evidence,* ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
3. Bowen TE et al. ,*Sorting of casualties.* In *Emergency War Surgery*, Second U.S. revision of the Emergency War Surgery NATO Handbook. Washington DC, U.S. Government Printing Office, 1988: 181-192.
4. Champion HR, Sacco WJ et al, *Assessment of injury severity . The Triage Index* , Crit Care Med. 1980; 8 :201-208.
5. Champion HR, Sacco WJ et al. ,*Trauma Score,* Critical Care Medicine, William & Wilkins Company 1981; 9 (9), 672-676.
6. Champion HR, *Trauma Triage*, J World Ass Emerg Dis Med 1987; 3: 1-5.
7. Champion H et al: *A revision of the trauma score,* J Trauma. 1989; 29 (5):623-629.
8. Committee on Trauma, 2nd ed. Chicago, American College of Surgeons, 1989.
9. Debacker M – Triage, Curs Master European *Advanced Trauma Life Support Manual,* în Medicină de Dezastru, San Marino-Novara, 2000, 2006.
10. Debacker M: *Disaster medicine*, în *Concepts and Developments in Emergency Medicine*, Leuven, 1992.
11. Debacker M: *Some considerations on triage in disasters*. în: de Boer J, Dubouloz M (Eds), Handbook of Disaster Medicine , Zeist, The Netherlands, 2000: 329-335.
12. Garigan T, *Triage and mass casualty operations,* (http://usafp.org/op_med/fieldclinical/triagemascal.html), 1996.
13. Grossman MD: Chapter 2: *Patterns of blunt injury*, pages 4-16 (pages 6-7), în: Peitzman AB Rhodes M et al. *The Trauma Manual* , Second Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2002.
14. Knopp R, Yangai A, Kallser G, Geide A Duehring L , *Mechanism of injury as criteria for prehospital trauma triage"*, Ann Emerg Med. 1988; 17 (9) :55.
15. Marinescu Ş, Teuşdea B, *Sindroame clinice cu evoluţie gravă*, Ed. Sylvi, Bucureşti, 2002.
16. Mănăstireanu D, Teuşdea B: *Curs de Medicină de Urgenţă şi Dezastru,* vol. 1, 2 şi 3, Editura M.P.M. Edit Consult, Bucureşti, 2003-2004.
17. Mănăstireanu D, Teuşdea B: *Folosirea armelor biologice ca metodă teroristă*, „Orizonturi Medicale", nr.16(67) /26.10.2001, Bucureşti.
18. Mănăstireanu D, Teuşdea B: *Folosirea armelor biologice ca metodă teroristă*, „Orizonturi Medicale",nr.17(68) /09.11.2001, Bucureşti.
19. Peitzman AB, Rhodes M, et al: *The Trauma Manual: Trauma and Acute Care Surgery*, 3rd edition, ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
20. Shah K, Mason C: *Essential Emergency Procedures*, ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
21. Super G et al: *START : Simple triage and rapid treatment plan,* Hoag Memorial Hospital Presbyterian, Newport Beach, CA, 1994.
22. Teuşdea B*, Ordine în haos – Managementul medical al dezastrelor*, „ Revista de Medicină Militară nr.2 /2003, Bucureşti.
23. Teuşdea B, Purcaru F: *Evaluarea şi tratamentul politraumatismelor în condiţii de extremă urgenţă***,** Revista de Medicină Militară nr. 4 /2005, anul CVIII, pag.315-323, Bucureşti.
24. Teuşdea B, Purcaru F: *Propunerea unui nou scor pentru evaluarea politraumei la nivelul Unităţii de Primire Urgenţe prin asocierea criteriilor fiziologice, anatomice şi a mecanismului de apariţie a leziunilor,* Revista de Medicină Militară nr. 1 /2006, anul CIX, pag. 61-69, Bucureşti.
25. Teuşdea B, Purcaru F: *Studiu clinic pentru obţinerea unui nou scor şi a unei fişe de evaluare a poli-traumatismelor în prespital/ la nivelul UPU*, Revista de Medicină Militară nr. 4 /2007, anul CX, pag. 35-56, Bucureşti.
26. Teuşdea B, et al: *Anestezia în stomatologia modernă,* Editura N'Energo, Galaţi, 2004.

Esofagita eozinofilică
(aspecte etiopatogenice, clinice, diagnostice şi terapeutice)

Cpt. dr. Mihăiță PĂTRĂŞESCU*, Col.(rez) dr. Liviu Sandu VERDEŞ, Dr. Ovidiu BERGHI***
***Medic specialist Alergologie şi Imunologie Clinică,**Medic primar Gastroenterologie**
Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr.Carol Davila", Bucureşti

Rezumat. Esofagita eozinofilică este o suferință inflamatorie cronică a esofagului ce se prezintă cu simptome nespecifice diferite în funcție de vârstă: disfagie, vărsături, scădere ponderală, durere retrosternală, impactarea esofagiană a alimentelor solide. Apare în egală măsură atât în copilărie, cât şi la vârsta adultă. Caracteristica histopatogenică este infiltratul inflamator bogat în eozinofile la nivelul mucoasei esofagiene. Pacienții prezintă, cu o frecvență mai mare decât în populația generală, boli atopice precum: astmul bronşic alergic, rinita alergică, dermatita atopică. Alergia alimentară de tip imediat sau de tip întârziat este recunoscută ca fiind implicată în patogenia bolii, ceea ce face ca o mare parte din managementul esofagitei eozinofilice să fie reprezentată de dietele restrictive alergen specifice. Consultul alergologic permite abordarea terapeutică optimă a bolii.

Cuvinte cheie: eozinofile, esofagită, alergie alimentară, disfagie

Abstract. Eosinophilic esophagitis is a chronic inflammatory disorder of the esophagus which presents with unspecific and age related symptoms: dysphagia, vomiting, weight loss, chest pain, esophageal solid food impaction. Equaly targets children and adults. The pathogenic feature is the inflammatory eosinophilic infiltrate located in esophagian mucosal layer. The prevalance of atopic diseases (asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis) is increased. Food allergy (inmediate type and delayed type) is involved in disease pathophisiology, which renders dietary manipulation important position in the management of eosinophilic esophagitis. Allergy exam permits optimal therapeutical decisions.

Esofagita eozinofilică (E.E.) este un sindrom clinicopatologic a cărui recunoaştere este din ce în ce mai evidentă în mediul medical. În ultimii ani a crescut în mod simțitor numărul publicațiilor care relatează despre cazurile de E.E., despre aparițiile intrafamiliale, despre patogeneza şi opțiunile terapeutice. Histopatologic, suferința se caracterizează printr-un infiltrat inflamator eozinofilic dens limitat la nivelul mucoasei esofagiene[12]. Implicarea eozinofilului la nivelul altor segmente ale tractului digestiv a dus la definirea şi a altor entități nosologice: gastrita eozinofilică, enterita eozinofilică, gastroenterita eozinofilică, colita eozinofilică. Majoritatea studiilor estimează că prevalența esofagitei eozinofilice în populația generală variază între 1 şi 4 din 10 000 indivizi de toate vârstele. Un studiu demografic recent, din 2007, apreciază că 1 din 2 000 copii au E.E, prin incidență apropiindu-se de boli deja consacrate precum boala Crohn sau colita ulcerohemoragică, care, de asemenea, implică, într-o manieră de mai discretă amploare, inflamația eozinofilică. Datorită lipsei de sensibilizare a comunității medicale față de această problemă, diagnosticul E.E. este, adesea, întârziat, fapt care implică şi o aplicare tardivă a măsurilor terapeutice specifice acestei boli (dietetice şi medicamentoase).

Celelalte boli eozinofilice mucosale digestive enunțate sunt mult mai rare.

Eozinofilul este o celulă produsă în măduva hematoformatoare, transportată pe cale sanguină în țesuturile periferice sub influența unor factori chemotactici (interleukina 5, eotaxina), a cărei maturare se desăvârşeşte la acest nivel , îndeosebi în teritoriul mucoaselor (această poziționare este în legătură cu rolul major al eozinofilului la interfața dintre mediul extern şi cel intern, cu precădere fiind cunoscută implicarea lui în apărarea antiparazitară şi în derularea inflamației alergice). Principalele boli în patogeneza cărora intervine eozinofilul, grupate după organul specific interesat, sunt prezentate în tabelul următor.

Se poate observa caracterul extrem de heterogen al suferinţelor în patogeneza cărora este implicat, în măsuri diferite, eozinofilul. Infiltrarea mucoasei esofagiene cu eozinofile poate fi primară (ca în esofagita eozinofilică primară, ce constituie subiectul lucrării de faţă) sau poate fi secundară (în cadrul sindromului hipereozinofilic sau în cadrul refluxului gastroesofagian; în această din urmă variantă numărul de eozinofile este doar discret crescut).

Principalele boli în patogenia cărora intervine eozinofilul

Specificitatea de organ	Boli
Tegumentul şi ţesutul subcutanat	Dermatita atopică, pemfigoidul bulos, pemfigusul vulgar, dermatita herpetiformă, urticaria, foliculita eozinofilică pustulară, angioedemul cu eozinofile, reacţii alergice medicamentoase
Plămânul şi tractul respirator	Rinita alergică, astmul bronşic alergic, sindromul Loeffler, aspergiloza bronhopulmonară alergică, pneumonia eozinofilică, sindromul Churg Strauss, granulomul eozinofilic
Tractul gastrointestinal	Esofagita eozinofilică, gastrita eozinofilică, enterita eozinofilică, colita eozinofilică, infecţii parazitare, infecţii fungice, refluxul gastroesofagian, alergia alimentară, enteropatia indusă de proteine, boala inflamatorie intestinală
Afecţiuni neurologice	Infecţii ale SNC, şuntul ventriculoperitoneal, variate reacţii adverse induse de medicamente
Afecţiuni reumatologice	Sinovita eozinofilică, sindromul mialgie-eozinofilie, vasculite eozinofilice (ex. Sindromul Churg-Strauss)
Cordul	Afectarea cordului este citată secundar unor suferinţe sistemice precum sindromul hipereozinofilic sau sindromul Churg-Strauss (miocardită, pericardită, endocardită, cardiomiofibroză, vasculită coronariană)
Rinichiul	Cistita eozinofilică, nefrite interstiţiale

Esofagita eozinofilică a fost descrisă pentru prima dată, la un pacient adult, în 1975. În următorii 20 de ani, au fost raportate în literatură cazuri sporadice şi studii pe loturi mici de pacienţi. Abia în 1995, Kelly[3] prezintă 10 pacienţi cu eozinofilie esofagiană izolată, nonresponsivă la antiacide dar care s-a ameliorat la formula dietetică elementală (formată numai din aminoacizi). Acest raport a fost primul care a sugerat că E.E. este o entitate patologică distinctă. După 1995 s-a înregistrat o creştere dramatică a numărului de cazuri diagnosticate şi a numărului de articole publicate în legătură cu E.E. În Japonia, abia în 2006 a fost raportat primul caz de E.E. şi nu există în prezent vreun continent, cu excepţia Africii, în care să nu fi fost semnalată. Rapoartele apărute în literatură sugerează prevalenţa în creştere a E.E. Astfel, Noel[2] a descris o incidenţă a E.E. de 1 la 10 000 copii cu o creştere a prevalenţei de 4 ori din 2000 până în 2003. Straumann[5] a prezentat date similare la adult, cu o incidenţă de 6 la 100 000 şi cu o creştere de la două cazuri în 1994 la 72 cazuri în 2003.

6,8% din pacienţii cu esofagită prezintă caracteristici histologice de E.E., aşa cum arată Fox[1] într-un studiu din 2002.

Deoarece pediatrii, internişţii şi medicii de familie sunt în prima linie de abordare a pacienţilor cu afecţiuni cronice, este bine ca aceştia să cunoască modul de prezentare şi de evaluare a pacienţilor susceptibili să aibă E.E. Deşi evoluţia naturală a E.E. este necunoscută, ea afectează persoane de orice vârstă. Astfel, copiii prezintă mai ales simptome de reflux gastro-esofagian

(vomă, regurgitaţie, epigastralgii), nou-născuţii - iritabilitate, refuzul alimentaţiei şi întârziere în creştere iar adolescenţii şi adulţii - disfagie, durere toracică sau impactarea intra-esofagiană a alimentelor. Diagnosticul de E.E. poate fi precizat doar cu ajutorul endoscopiei digestive şi al biopsiilor. Deşi eozinofilele se pot identifica la nivelul laminei propria a tractului gastrointestinal căptuşit cu epiteliu unistratificat columnar, ele nu se găsesc în mod normal la nivelul epiteliului scuamos esofagian. Prezenţa lor la acest nivel este patologică. În trecut E.E. era frecvent confundată cu boala de reflux gastro-esofagian (BRGE). E.E. este o afecţiune distinctă şi nu răspunde la medicaţia antireflux indiferent de dozele de inhibitori de pompă de protoni utilizate. În majoritatea cazurilor, gradul eozinofiliei esofagiene la pacienţii cu E.E. este semnificativ mai mare (peste 15 eozinofile pe câmp microscopic) comparativ cu pacienţii care au BRGE (frecvent sub 5 eozinofile pe câmp microscopic, şi numai în esofagul distal). Gastroenterita eozinofilică (G.E.) determină la rândul ei creşterea eozinofilelor din esofag, dar acestea sunt crescute şi în alte segmente ale tractului digestiv.

Rolul eozinofilului în inflamaţia de tip alergic, coroborat cu observaţii referitoare la efectele benefice ale dietelor hipoalergenice (elementale şi restrictive) la pacienţii cu E.E., dar şi studiile care arată o prevalenţă crescută a hipersensibilizărilor de tip imediat (IgE mediate) la alergene alimentare şi respiratorii, precum şi frecvenţa mai mare faţă de populaţia generală a bolilor alergice cunoscute (astmul bronşic, rinita alergică, dermatita atopică), reprezintă tot atâtea motive pentru care E.E. a fost considerată o boală alergică. Poziţia actuală a comunităţii ştiinţifice medicale nuanţează acest punct de vedere. 80% din populaţia pediatrică şi 60% din populaţia adultă cu E.E. prezintă concomitent una sau mai multe din bolile alergice cunoscute.

E.E. este considerată o afecţiune cronică tratabilă care necesită restricţionare alimentară persistentă sau terapie medicală constantă.

Caracteristici clinice

Deşi majoritatea pacienţilor diagnosticaţi cu E.E. sunt tineri, caucazieni (>90%) şi bărbaţi (>65%), E.E. poate apărea la orice vârstă. Pacienţii prezintă unul sau mai multe dintre următoarele simptome: vomă, regurgitaţii, greţuri, epigastralgii sau dureri retrosternale, disfagie, hipersalivaţie, senzaţie de nod în gât sau apetit alimentar redus. Mai puţin frecvente sunt deficitul de creştere, hematemeza şi dismotilitatea esofagiană. Simptomele pot fi frecvente şi severe la unii pacienţi sau cu totul uşoare şi rare la alţii. Peste 50% dintre pacienţi, aşa cum am arătat, au concomitent afecţiuni atopice, incluzând astmul, dermatita atopică sau rinita alergică. Aproximativ jumătate dintre pacienţi au unul sau ambii părinţi cu istoric de boli alergice[12].

E.E. va trebui luată în consideraţie întotdeauna la pacienţii cu simptome severe sau refractare de reflux gastroesofagian în pofida utilizării maximale a inhibitorilor de pompă de protoni.

În mod curent, mulţi adulţi cu E.E. sunt diagnosticaţi la prezentarea în urgenţă datorită impactării esofagului cu bolul alimentar. Cum însă tot mai mulţi gastroenterologi şi imuno-alergologi sunt sensibilizaţi faţă de posibilitatea prezenţei acestei boli, simptome necorelate altădată cu E.E. (pirozisul, hipersalivaţia, epigastralgia) pot fi depistate la aceşti pacienţi. Stenoza subglotică şi edemul laringian refractar la tratamentul anti-reflux pot să mascheze E.E. concomitentă. Expunerea profesională a fost implicată în apariţia E.E. la doi adulţi, un brutar cu alergie la grâu şi un antrenor de călărie cu alergie la fân (Dauer, 2006)[6].

Istoricul familial este de asemenea important şi va fi luat în consideraţie. Un studiu recent prezintă 17 pacienţi cu disfagie, eozinofilie sau inel Schatzki din 7 familii în care E.E. a fost depistată pe parcursul a trei generaţii (Zink, 2007)[7].

Fiziopatologie

Iniţial etiologia E.E. a fost considerată multifactorială. Chiar din start, a fost incriminat refluxul gastroesofagian dar, după ce s-a observat că medicaţia antiacidă şi chirurgia antireflux nu au dat rezultate, au fost propuse alte cauze. Modelele de laborator au sugerat că aeroalergenii pot fi responsabili. Deşi alergenele inhalate (aeroalergene) pot avea un rol, nu au fost încă direct implicate drept cauză primară a E.E., deşi sunt câteva studii care sprijină această ipoteză. Astfel, pe modele

murine Mishra[8] a indus eozinofilia la nivel esofagian la şoarecii cu sensibilizare alergică la un aeroalergen fungic (Aspergilus) după ce aceştia au fost expuşi intranazal la aeroalergenul incriminat. Fogg [9] raportează cazul unui pacient ce prezintă exacerbare sezonieră a E.E. (simptome şi modificări histologice) în strânsă relaţie cu evoluţia sezonieră a nivelului polenic în atmosferă. Alergenele alimentare, în schimb, au fost legate direct de această afecţiune. Mai multe studii au demonstrat rezoluţia simptomatologiei şi normalizarea histologiei ţesutului esofagian la pacienţii plasaţi pe dietă bazată strict pe aminoacizi.

Un studiu recent desfăşurat la Madrid (Lucendo, 2007)[10] pe 35 pacienţi adulţi cu E.E. a folosit imunohistochimia şi stereologia (observarea tridimesională a celulelor) şi i-a comparat cu pacienţii cu BRGE şi cu lotul normal. Densitatea eozinofilelor din esofag a fost de 300 de ori mai mare la pacienţii cu E.E. comparativ cu loturile de control. Mai mult, eozinofilele erau activate. Deşi limfocitele T şi mastocitele erau în număr crescut la pacienţii cu BRGE, în cazurile de E.E. numărul lor era şi mai mult crescut.

Numărul mastocitelor şi gradul lor de activare sunt în strânsă legătură cu gradul de activitate al E.E. Este cunoscut faptul că proteina bazică majoră (MBP) produsă de eozinofil induce activarea şi degranularea mastocitului (cu eliberarea mediatorilor preformaţi - histamina, triptaza, chimaza, carboxipeptidaza A -, dar şi a celor formaţi de novo- interleukinele 4, 5, leucotrienele). Legătura dintre mastocit şi eozinofil este complexă, se realizează în ambele sensuri (Interleukina 5 produsă de mastocit asigură chemotaxia şi maturarea eozinofilului) şi se desfăşoară într-un mediu umoral şi celular inflamator în care predomină limfocitele T helper 2 şi citokinele acestui profil limfocitar (IL4, IL5, IL13, eotaxina), toate acestea fiind caracteristice inflamaţiei alergice de tip imediat (IgE mediate). Mastocitele, unele prezentând pe suprafaţa lor IgE alergen specifice orchestrează acest proces inflamator, rolul lor detaliat în patogeneza E.E. nefiind însă pe deplin caracterizat, deoarce s-a observat că o mare parte dintre ele se activează prin mecanisme non imunologice, IgE nespecific; acest fapt este pus în legătură cu o ipoteza patogenică predominantă ce consideră componenta alergică de tip imediat (IgE alergen specifică) importantă, însă fără a-i acorda credit plenar. Prezenţa testelor cutanate alergologice de tip patch pozitive la diverse alimente la pacienţii cu E.E. sugerează implicarea în fiziopatogeneză şi a unui mecanism alergic de tip întârziat (nonIgE mediat). Plasmocitele intraepiteliale au fost observate numai la pacienţii cu E.E.

Un studiu al lui Yamazaki[11] din 2006 a analizat răspunsul specific la alergen *in vitro* (la alimente şi aeroalergeni) al celulelor mononucleare din sângele periferic la 15 pacienţi cu E.E. comparativ cu 9 subiecţi de control, sănătoşi. Producţia de IL-5 a crescut la lapte, soia, arahide, praf, polen de Ambrozia, ceea ce sugerează existenţa unei sensibilizări la aceste alergene.

În 2007 Aceves[2] a observat remodelare semnificativă esofagiană la copiii cu E.E. S-au efectuat analize imunohistochimice cantitative şi au fost studiate mai multe chemokine la pacienţii cu E.E., cu BRGE şi la subiecţi normali. Biopsiile esofagiene au revelat, în cazul E.E., nivele crescute de fibroză subepitelială, de TGF-beta, precum şi creşterea densităţii vasculare şi a moleculelor de adeziune vasculară. Rezultatele obţinute sugerează că modificările esofagiene pot conduce la formarea de stenoze, aceasta fiind complicaţia principală a E.E.

Se acumulează tot mai multe date cu privire la rolul geneticii în etiologia E.E. Astfel, s-a observat (Ganapathy, 2008)[12] că gena care codifică eotaxina 3 (una din chemokinele importante pentru traficarea eozinofilelor) are nivelul de inducţie crescut şi că un singur polimorfism nucleotidic este asociat cu susceptibilitatea crescută de apariţie a E.E.

O serie de mediatori mastocitari (histamina, leucotrienele, factorul de activare a plachetelor) au capacitatea de a acţiona pe componentele neuromusculare ale tractului digestiv; în acest fel pot juca un rol important în anomaliile de peristaltism observate la nivelul esofagului în E.E. Mann şi Leung implică direct mastocitele în geneza inelelor esofagiene concentrice observate adesea la examenul endoscopic al pacienţilor cu E.E., construind, astfel, ipoteza potrivit căreia activarea acetilcolinei de către histamina mastocitară declanşează contracţia fibrelor musculare netede din *muscularis mucosae* esofagiană cu apariţia aspectului inelar specific endoluminal („trahealizarea esofagului”).

Toate aceste date referitoare la fenomenele complexe imunoinflamatorii de la nivelul mucoasei esofagiene obligă reconsiderarea rolului esofagului de la tradiţionalul tub muscular ce asigură doar

pasajul bolului alimentar către stomac la acela de organ imunoactiv capabil să inițieze reacții imunoalergice în urma expunerii la aero sau trofalergenele la care există demonstrată, prin teste alergologice, o hipersensibilizare.

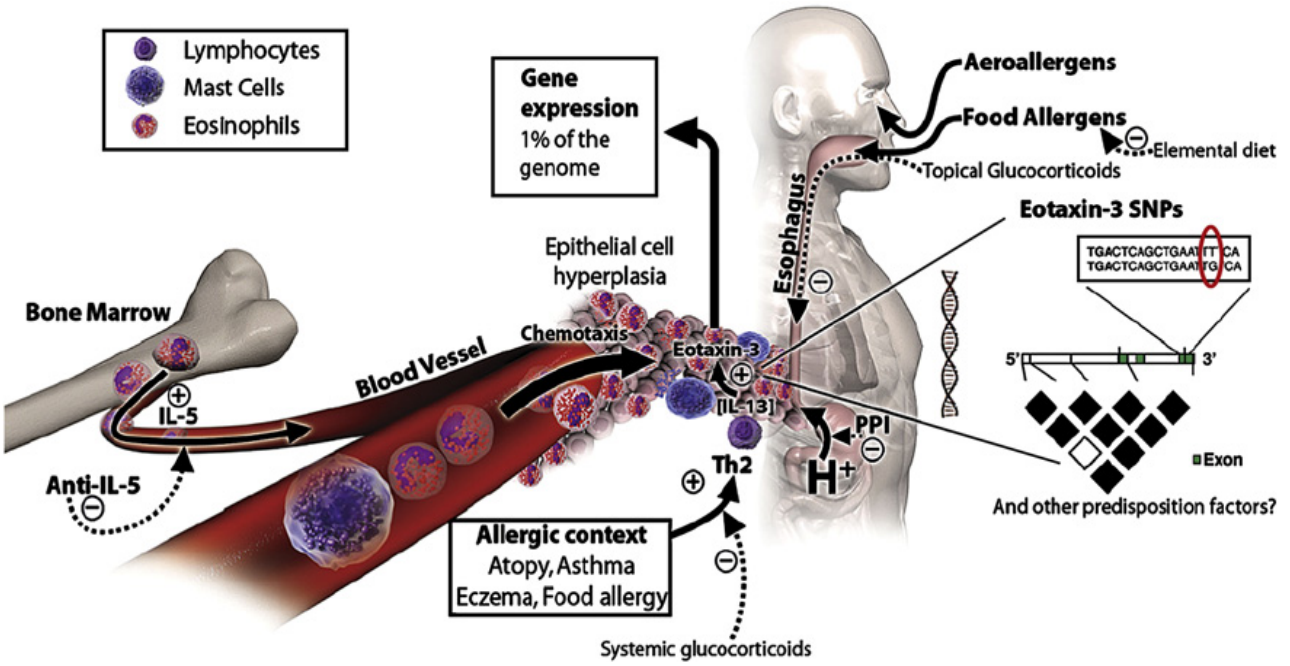


Fig. 1. Mecanisme moleculare şi celulare implicate în patogenia esofagitei eozinofilice, după Ganapathy A. Prasad, MD, MSa, Nicholas J. Talley, MD, PhD*, Eosinophilic Esophagitis in Adults*, Gastroenterology Clin N Am 37 (2008) 349-368[12].

Diagnosticul E.E.

Acesta începe întotdeauna cu recunoaşterea simptomelor. Adesea însă, severitatea şi cronicitatea simptomelor E.E. trec neobservate. Intervalul dintre debutul simptomelor şi prima endoscopie este, în medie, de 3 ani.

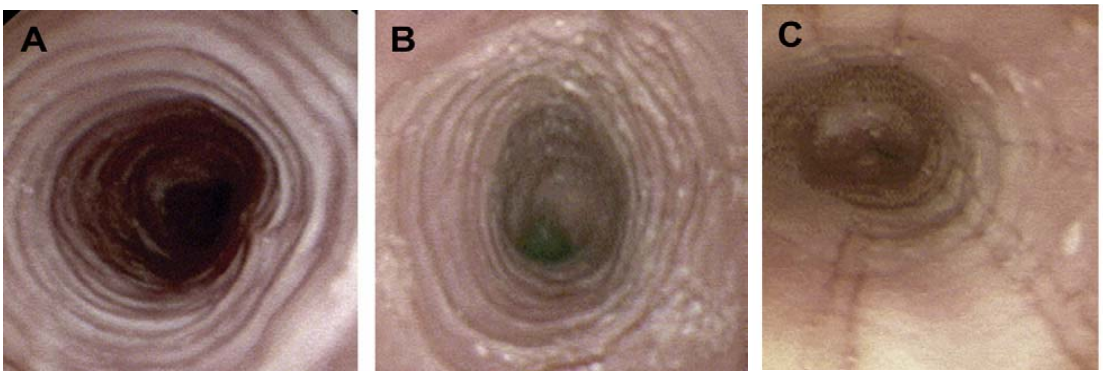


Fig. 2. Aspecte endoscopice ale mucoasei în esofagita eozinofilică:
A) Inelele mucozale suprapuse („trahealizare"); B) plăcile albe; C) fisurile longitudinale.

Impactarea esofagului cu bolus alimentar este prima manifestare la mulți adulți[12], cu o frecvență estimată de 13 cazuri la 100 000. Întotdeauna când impactarea alimentară sau disfagia severă apar la adulți, se va lua în considerare E.E. şi în decursul aceleiaşi endoscopii digestive superioare, după îndepărtarea bolului alimentar, se vor preleva biopsii endoscopice. Simpla inspecție vizuală nu este suficientă deoarece chiar şi esofagul aparent normal poate avea eozinofilie semnificativă. O treime dintre pacienții cu E.E. pot avea aspect esofagian normal[12].

Istoricul familial de boli atopice (astm bronşic, rinită alergică, dermatită atopică) este întâlnit la 30-50% dintre pacienți.

Dată fiind prezenţa acestor suferinţe şi în istoricul personal al pacienţilor cu E.E. dar şi a implicării mecanismelor imunoalergice în patogeneza bolii este necesar consultul medicului alergolog şi efectuarea de teste cutanate alergologice prick (la aeroalergene şi trofalergene) sau patch (la trofalergene).

Eozinofilia serică crescută este observată la aproximativ jumătate din cazurile de E.E.

Alte aspecte endoscopice sugestive sunt: fisurile longitudinale, stricturile, inelele mucozale (trahealizare) şi plăcile albe (fig.2). Examenul histologic esofagian descrie în cazul E.E., pe lângă numărul mare de eozinofile (peste 15 elemente celulare pe câmp microscopic), mucoasă îngroşată, hiperplazia stratului bazal şi papile alungite. Sunt necesare prelevări de biopsii multiple deoarece aspectele histologice sunt variabile la acelaşi pacient iar sensibilitatea şi specificitatea diagnosticului cresc cu numărul biopsiilor prelevate. S-a observat că numărul eozinofilelor din mucoasa esofagiană se corelează doar cu severitatea disfagiei şi nu şi cu celelalte simptome, vârstă sau sex (fig.3).

Toate aceste modificări histologice sunt refractare la maximum de medicaţie inhibitoare a secreţiei gastrice.

Nu sunt interesate mucoasele gastrice şi duodenale, ceea ce diferenţiază E.E. de gastroenterita eozinofilică (G.E.). Această diferenţiere este importantă din punct de vedere terapeutic: corticosteroizii topici sunt eficienţi în E.E. dar nu şi în G.E.

Ph-metria esofagiană permite diferenţierea de boala de reflux gastroesofagian.

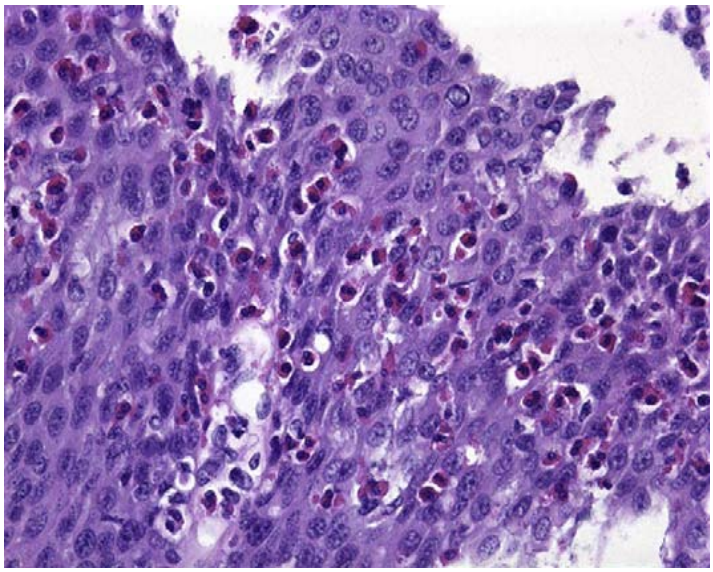


Fig. 3. Infiltrarea cu eozinofile a mucoasei scuamoase esofagiene.

Tratamentul E.E.

Deşi E.E. are o istorie naturală necunoscută şi este o afecţiune cronică, prognosticul pacienţilor este bun pe termen lung. În practică apar dificultăţi în identificarea acelora care vor evolua cu timpul spre complicaţii faţă de pacienţii care vor avea doar simple simptome cronice. În fiecare caz este importantă recunoaşterea simptomelor care influenţează negativ calitatea vieţii. În acest moment, opţiunile terapeutice constau în dilatare esofagiană, regim igieno-dietetic şi tratament farmacologic.

Dilataţia esofagiană este utilă pentru ameliorarea imediată a simptomatologiei dată de impactarea esofagului cu bolus alimentar la pacienţii care prezintă anomalii anatomice esofagiene semnificative. Dilataţia nu este însă recomandată ca tratament de primă linie datorită efectelor adverse semnificative (durere, hemoragie, perforaţie) şi pentru că nu are valenţe fiziopatologice. Ca regulă, de fiecare dată, când este posibil, se vor utiliza alte mijloace terapeutice înaintea efectuării dilataţiei esofagiene.

Dieta. Studii recente confirmă rolul alergiei alimentare în vasta majoritate a pacienţilor cu E.E. Dacă aeroalergenii sunt doar sugeraţi ca fiind factori etiologici ai E.E., rolul alergenilor alimentari este, neîndoielnic, demonstrat. Pacienţii răspund nu numai la dieta orientată de testele cutanate, ci şi la dieta empirică rezultată prin îndepărtarea alergenilor alimentari cunoscuţi. Alimentele cele mai frecvent implicate sunt: laptele, oul, grâul, secara şi carnea de vită. Se consideră că E.E. este datorată unei combinaţii de reacţii la alimente mediate de IgE şi non-IgE. Ca urmare, testarea combinată, prick testul pentru reacţiile mediate IgE şi patch testul pentru reacţiile non-mediate IgE, este eficientă pentru ghidarea tratamentului dietetic. Combinarea celor două tipuri de teste are o valoare predictivă negativă de 88-100% pentru toate alimentele, cu excepţia laptelui, unde este scăzută, iar valoarea predictivă pozitivă este mai mare de 74% pentru majoritatea alimentelor care dau E.E[12]. Prin urmare, când pacienţii sunt trimişi pentru evaluare alergologică, vor fi testaţi pentru alimente cu metoda "prick" şi " patch" şi pentru alergenii din mediul înconjurător, după o anamneză detaliată. Recomandările terapeutice subliniază evitarea tuturor alimentelor testate pozitiv şi a altora cunoscute ca având potenţial alergen chiar dacă testul nu s-a pozitivat şi la ele, prin recurgerea la dieta restrictivă sau de eliminare ori instituirea de la început a dietei elementale. S-a remarcat că îndepărtarea antigenelor din alimentaţie prin dieta elementală a ameliorat simptomele clinice şi histologia esofagiană în 98% cazuri (Liacouras, 2005). Alţi autori au avut succes cu dietele de eliminare bazate pe excluderea celor mai cunoscute alimente implicate în apariţia E.E. Normalizarea histologică apare la o lună după iniţierea dietei elementale. În multe cazuri, modificările dietei sunt dificile, complianţa fiind o problemă atât la copii cât şi la adulţi. Formulele alimentare pot fi foarte costisitoare. Deşi modificările dietetice trebuie considerate ca terapie de primă linie pentru copiii şi adulţii cu E.E., mulţi pacienţi au nevoie şi de alte modalităţi terapeutice.

Deoarece atât complianţa cât şi calitatea vieţii sunt importante, pentru adulţii şi adolescenţii cu E.E. se administrează corticosteroizi cu acţiune topică.

Se recomandă de asemenea şi managementul bolilor alergice induse de aeroalergeni datorită rolului aeroalergenilor în inducerea E.E. (Fogg, 2003, Mishra, 2001)[9,8].

Un interesant studiu (Simon, 2006)[14] a căutat să răspundă la întrebarea dacă aeroalergenii care reacţionează încrucişat cu alimentele pot cauza sau agrava E.E. Polenul de graminee reacţionează încrucişat cu alergenii alimentari derivaţi din grâu şi secară. Pacienţii cu E.E. studiaţi aveau atacuri lunare de disfagie, prezentau teste cutanate prick pozitive pentru polen de graminee dar şi pentru secară şi grâu. Au fost supuşi unui test de provocare orală la secară şi grâu (considerat pozitiv dacă disfagia apărea în intervalul a 30 minute) urmat de o dietă de eliminare a acestor alimente pentru o lună. Toate testele de provocare cu aceste cereale au fost negative şi nici nu au fost observate modificări histologice sau reducerea simptomelor la excluderea grâului pentru 6 săptămâni. Concluzia studiului a fost că sensibilizarea încrucişată între polenul de graminee (ce determină simptome de rinită alergică) şi alergenele de grâu şi secară nu are relevanţă terapeutică pentru E.E., nefiind astfel necesară recomandarea automată a unei diete alimentare de restricţie cu această specificitate la pacienţii care asociază o boală alergică respiratorie cu sensibilizare la polenul de graminee .

Terapia medicală. Corticoizii se dovedesc eficienţi în tratamentul E.E[12]. Corticoizii sistemici au fost primii care au demonstrat atât ameliorare clinică, cât şi histologică. Datorită reacţiilor adverse pe care le implică, utilizarea lor pe termen lung este prohibită. În cure scurte însă, sunt utili la pacienţii cu simptomatologie severă. Corticoizii ingeraţi (de exemplu, fluticazona, 88o mg x 2/zi, 6 săptămâni) sau inhalaţi sunt utili atât la adulţi, cât şi la copii. Încercările terapeutice cu cromoglicat de sodiu nu au înregistrat ameliorări clinice sau histologice. Terapia combinată este promiţătoare deoarece dieta restrictivă şi corticoizii topici la care se adaugă un inibitor de pompă de protoni induce ameliorare endoscopică în toate cazurile şi rezoluţie clinică în 87-93% din cazurile tratate 6 săptămâni. Recăderile sunt însă posibile în 25-40% din cazurile cu răspuns iniţial pozitiv la tratament. Dacă reapare simptomatologia, terapia se poate extinde la 12 săptămâni sau se poate iniţia corticoterapia orală.

Terapia biologică utilizează anticorpi anti-receptori de interleukină-5 şi este în curs de evaluare. Anti-IL-5 s-au dovedit eficienţi în sindromul hipereozinofilic care asociază esofagita eozinofilică. Se administrează trei doze i.v. de anti-IL-5. Efectul terapeutic benefic este consemnat prin reducerea simptomelor clinice, de scădere a eozinofilelor circulante şi a celor esofagiene, fără efecte adverse notabile.

Antagoniştii de leucotriene (montelukastum) reduc severitatea disfagiei fără a reduce eozinofilia mucosală esofagiană[12]. Sunt necesare însă doze mari, de 100 mg pe zi.

Istoricul natural al E.E.

Informaţiile ce privesc prognosticul pe termen lung sunt limitate. Strauman[15] a urmărit 30 de pacienţi adulţi pe o perioadă de 11 ani şi a observat că, deşi inflamaţia eozinofilică persistă la toţi cei simptomatici, numărul elementelor celulare se reduce în timp fără a se normaliza. Procesul inflamator nu a progresat către stomac şi duoden. Nici un pacient nu a dezvoltat sindrom hipereozinofilic, neoplazii sau esofag Barett. La aproximativ două treimi dintre pacienţi nu se constată nicio modificare a severităţii disfagiei.

În concluzie, E.E. afectează toate grupele de vârstă. Datorită interesului crescut pentru această entitate clinică patologică, există un număr impresionant de articole publicate în literatura medicală de specialitate. S-a înfiinţat şi un grup internaţional de lucru, denumit ”TIGER” (The International Gastrointestinal Researchers), pentru creşterea interesului, nivelului de educaţie şi de cercetare ştiinţifică cu privire la E.E. şi la alte afecţiuni gastrointestinale eozinofilice în rândul medicilor pediatri şi ai celor care activează în medicina adultului. Continuarea cercetărilor şi creşterea interesului pentru E.E. ca şi sporirea gradului de cunoaştere a fiziopatologiei acestei afecţiuni vor fi benefice pentru tratamentul optim al acestor pacienţi.

Bibliografie

1. Fox VL, Nurko S, Furuta GT, *Eosinophilic esophagitis: it's not just kid's stuff.* Gastrointest Endosc 2002;56:260–270.
2. Aceves SS, Newbury RO, Dohil R, et al., *Esophageal remodeling in pediatric eosinophilic esophagitis*. J Allergy Clin Immunol,2007;119:206–12.
3. Kelly KJ, Lazenby AF, Rowe PC, et al., *Eosinophilic esophagitis attributed to gastroesophageal reflux improvement with an amino acid based formula*. Gastroenterology 1995;109:1503–12.
4. Noel RJ, Putnam PE, Rothenberg ME*., Eosinophilic esophagitis*. N Engl J Med 2004; 351:940–1.
5. Straumann A, Spichtin HP, Grize L, et al., *Natural history of primary eosinophilic esophagitis: a follow-up of 30 adult patients for up to 11.5 years.* Gastroenterology 2003;125:1660–9.
6. Dauer EH, Ponikau JU, Smyrk TC, et al., *Airway manifestations of pediatric eosinophilic esophagitis: a clinical and histopathologic report of an emerging association*.Ann Otol Rhinol Laryngol 2006;115(7):507–17.
7. Zink DA, Amin M, Gebara S, et al., *Familial dysphagia and eosinophilia*. Gastrointest Endosc 2007;65(2):330–4.
8. Mishra et al., *An etiological role for aeroallergens and eosinophils in expermental esophagitis*. J Clin Invest 2001; 107: 83-90.
9. Fogg et al*., Pollen and eosinophilic esophagitis*. J. Allergy Clin Immunol 2003; 112: 796-797.
10. Lucendo AJ, Navarro M, Comas C, et al. *Immunophenotypic characterization and quantification of the epithelial inflammatory infiltrate in eosinophilic esophagitis through stereology: an analysis of the cellular mechanisms of the disease and the immunologic capacity of the esophagus.* Am J Surg Pathol 2007;31:598–606.
11. Yamazaki K, Murray JA, Arora AS, et al., *Allergen-specific in vitro cytokine production in adult patients with eosinophilic esophagitis.* Dig Dis Sci 2006;51:1934–41.
12. Ganapathy A. Prasad, MD, MSa,Nicholas J. Talley, MD, PhD, *Eosinophilic Esophagitis in Adults*, Gastroenterology Clin N Am 37 (2008) 349-368.
13. Liacouras CA, Spergel JM, Ruchelli E, et al., *Eosinophilic esophagitis: a 10 year experience in 381 children.* Clin Gastroenterol Hepatol 2005;3:1198–206.
14. Simon D, Straumann A, Wenk A, et al., Eosinophilic esophagitis in adults-no clinical relevance of wheat and rye sensitizations. Allergy 2006;61:1480–3.
15. Straumann A, Spichtin H, Bucher KA, Herr P, Simon H., *Natural history of primary eosinophilic esophagitis: a follow-up of 30 adult patients for up to 11.5*. Gastroenterology 2003;**125**:1660–1669.

Implicarea conducerii spitalelor în monitorizarea şi combaterea fumatului pasiv

Mr. Dr Constantin ŞTEFANI*, Prof. Asoc. CP gr. I Cristian DIDILESCU, Dr. Carmen Ioana ŞTEFANI****
***Direcţia Medicală a M.Ap.N., **Institutul Marius Nasta**

Rezumat. Studii şi cercetări ştiinţifice din toată lumea atestă rolul nefast al tabagismului asupra organismului uman. Aceleaşi investigaţii relevă şi costurile ridicate pe care este obligată societatea să le suporte pentru a-i trata pe cei care se îmbolnăvesc din cauza acestui obicei nesănătos. Prezentul articol prezintă principalele efecte ale fumatului asupra stării de sănătate susţinute prin statistici şi studii efectuate de importante organisme de sănătate din lume.

Cuvinte cheie: tabagism fumat pasiv fumat activ

Abstract. Worldwide studies and scientific researches certifie the bad influence of tabacosis upon human body. The same studies point out, also, communities the expensive treatment costs in tabacosis addicted people. This article depicts the main effects of smoking habit upon human health in statistics and studies made by significant health organisations from all over the world. There are also mentioned the healthy units and organisational required measures at society level.

Problema tabagismului capătă pe zi ce trece o importanţă din ce în ce mai mare din punctul de vedere al sănătăţii publice.

Majoritatea fumătorilor dezvoltă în timpul vieţii una sau mai multe boli datorate acestui viciu dăunător. Aproximativ 90% dintre cancerele pulmonare, 56-80% dintre bolile respiratorii cronice şi 22% dintre bolile cardiovasculare sunt atribuite fumatului.

Fumatul este o cauză majoră a morţii premature, afectând 54% dintre bărbaţii şi 32% dintre femeile de vârstă medie. Rata mortalităţii din cauza fumatului este estimată a fi în România de 522 decese/100 mii locuitori, faţă de 273/100 mii locuitori la nivel european.

Importantă ca o primă măsură de îmbunătăţire a stării de sănătate a populaţiei este reducerea prevalenţei fumatului la adolescenţi, obiectiv pe care şi l-au propus multe guverne (de exemplu, în Marea Britanie obiectivul s-a tradus printr-o diminuare a prevalenţei la grupa de vârstă 11-15 ani de la 13% în 1998 la 11% în 2003 şi 9% în 2005).

Stadiului actual al cunoştinţelor şi atitudinilor legate de consumul de tutun în România obiectivează din plin necesitatea de a interveni cu toate pârghiile pe care le deţine statul român pentru controlul acestui fenomen cu caracter epidemic, fenomen care implică foarte multe riscuri şi se reflectă în costuri foarte ridicate la nivelul societăţii româneşti.

Ca o consecinţă a consumului de tutun în România a fost şi lansarea unei campanii împotriva fumatului pasiv care a inclus şi reclama antifumat, pentru prima dată afişată în locuri publice din Bucureşti, campanie realizată în cadrul programului implementat de Centrul pentru Politici şi Servicii de Sănătate şi finanţat de Uniunea Europeană prin programul Phare – Dezvoltarea Societăţii Civile 2000. Astfel, se realizează un deziderat mai vechi, de abordare şi pe această cale a tineretului prin intermediul reclamei antifumat, care, aşa cum arată şi alte investigaţii în domeniu, determină un răspuns similar din partea acestora, indiferent în ce ţară se aplică.

Fumatul activ, dar şi cel pasiv, reprezintă în continuare o problemă gravă cu multiple consecinţe economice. O anchetă atentă, care ar încerca să descifreze aspecte multifactoriale, cu implicaţii

legislative, sociale, medicale ar putea contribui şi la relansarea programelor de luptă antifumat în unităţile sanitare ale Ministerului Apărării. Informaţiile disponibile privind fumatul în unităţile medicale din M.Ap.N. sunt insuficiente, datele legate de prevalenţă, consecinţele fumatului şi chiar despre mortalitate lipsind cu desăvârşire.

Unităţilor spitaliceşti le revin o serie de sarcini majore în lupta pentru reducerea consumului de tutun şi a efectelor sale nocive asupra sănătăţii. Aceste obligaţii nu se reduc doar la crearea unui mediu fără fumat, cu scopul de a-i proteja pe nefumători, ci şi la acordarea unui sprijin activ fumătorilor în procesul de renunţare la fumat. Este important ca aceste aspecte să se afle atât în vederea pacientului, cât şi a tuturor categoriilor de personal sanitar.

În acest context spitalele au o serie de responsabilităţi care includ pe lângă activităţile de îngrijire, prevenire şi cercetare şi politici de control al tabagismului. Implementarea cu succes a unei politici de control al tabagismului este dependentă de conţinutul acestei politici şi de buget, de informaţiile comprehensive şi de procesele de pregătire, de participarea întregului personal, nu doar a fumătorilor, precum şi de stabilirea unui program de evaluare pe termen lung. Cu cât este mai mare participarea, cu atât sunt necesare mai puţine măsuri restrictive.

Este important ca politica spitalului şi acţiunile sale să fie în concordanţă cu alte activităţi de prevenire a fumatului în alte servicii de sănătate şi în comunitate în general.

Transformarea spitalului într-un loc de luptă împotriva fumatului, un spital fără fumat, este o încercare grea şi necesită un efort continuu şi susţinut pe o perioadă lungă de timp. Politica de luptă împotriva fumatului a spitalului (ca orice altă politică) necesită implicarea promptă a conducerii medicale şi administrative a instituţiei. Implicarea înseamnă rezolvarea tuturor problemelor iar pentru a fi eficientă aceasta trebuie susţinută de un management medical coerent. Aplicarea unei politici fără fumat nu necesită un buget specific, deşi acesta ar fi de dorit pentru a oferi posibilitatea conducerii de a organiza evenimente specifice şi de a difuza documente cu caracter antifumat.

Câteva argumente privind implicarea conducerii spitalelor în interzicerea fumatului în unităţile sanitare:

- personalul angajat, pacienţi sau vizitatori fumători reprezintă principala cauză de producere a incendiilor în spitale, fapt de care conducerea spitalului este responsabilă;
- dreptul la un spaţiu liber, pe care îl solicită fumătorii, poate fi cerut de către nefumători;
- când apar manifestări pe seama simptomelor de sevraj şi nu primesc tratament cu substituenţi de nicotină, fumătorii pot deveni agresivi sau pot fuma în zone unde acest lucru nu este permis. Astfel pot lua naştere conflicte între fumători şi nefumători;
- scrumul de ţigară distruge pardoselile încăperilor şi le conferă un aspect murdar, neîngrijit;
- pereţii se murdăresc mai repede în spaţiile unde se fumează;
- dispozitivele electronice medicale şi nemedicale se defectează mult mai frecvent într-un mediu cu fum de ţigară. Interiorul computerelor sau al altor dispozitive electronice existente într-un mediu cu fum de ţigară este mult mai murdar decât cel al dispozitivelor plasate într-un mediu în care nu se fumează;
- un spital în care este implementată o politică de interzicere a fumatului atestă faptul că interesul pentru sănătatea pacienţilor este maxim;
- acolo unde persnalul din conducerea spitalului fumează, unitatea sanitară respectivă este percepută ca o instituţie care nu-şi poate rezolva propriile probleme;
- existenţa unei politici de netolerare a fumatului într-un spital este un atu important privind acreditarea acestuia.

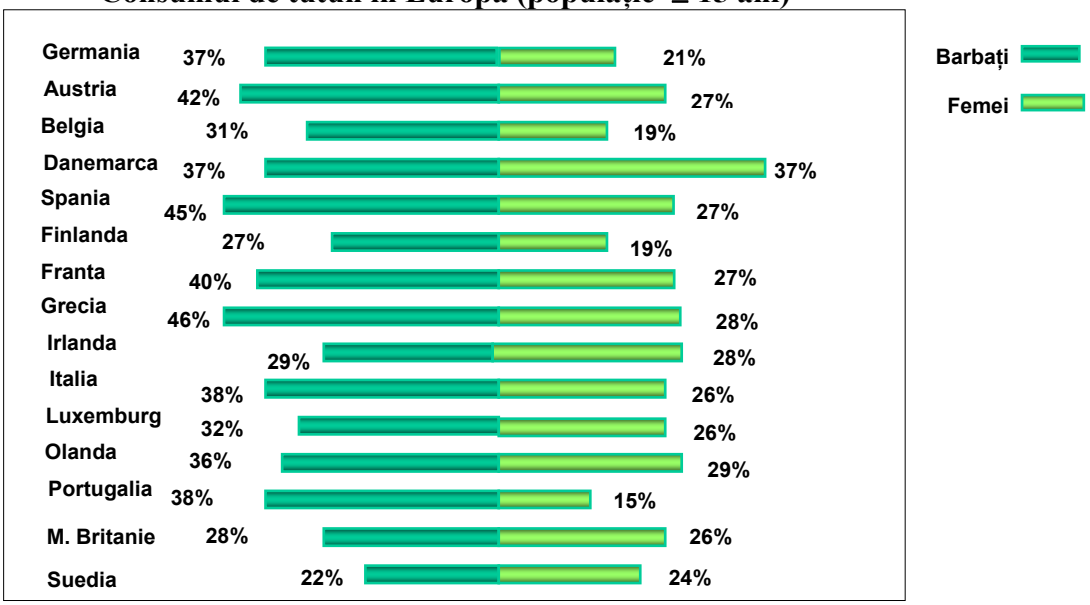
Un spital în care este interzis fumatul nu este împotriva fumătorilor care doresc să renunţe la acest obicei dăunător, dar nu o pot face, deoarece sunt dependenţi şi au nevoie de ajutor în acest sens.

Un spital curat este un spital fără fumat.

Epidemiologia fumatului în spitalele în care nu se fumează

Numeroasele date existente arată că, în marea majoritate a ţărilor europene, lucrătorii din domeniul sanitar fumează mai puţin decât populaţia generală, dar în cele mai multe cazuri sunt "fumători înrăiţi".

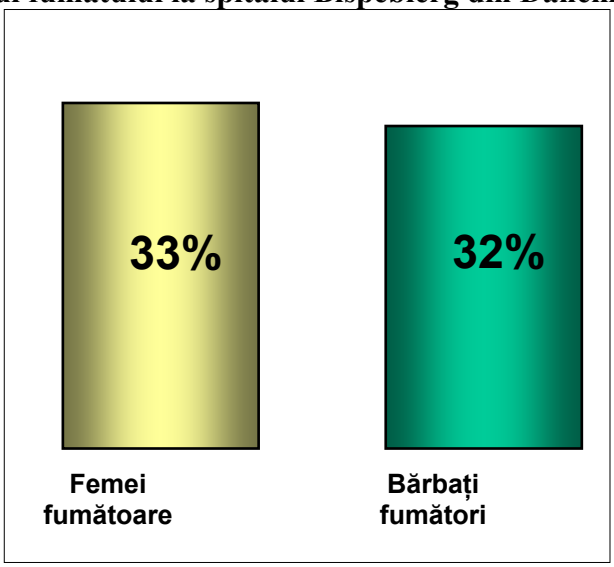
Consumul de tutun în Europa (populaţie ≥ 15 ani)



sursa: U.E. OMS March 1996

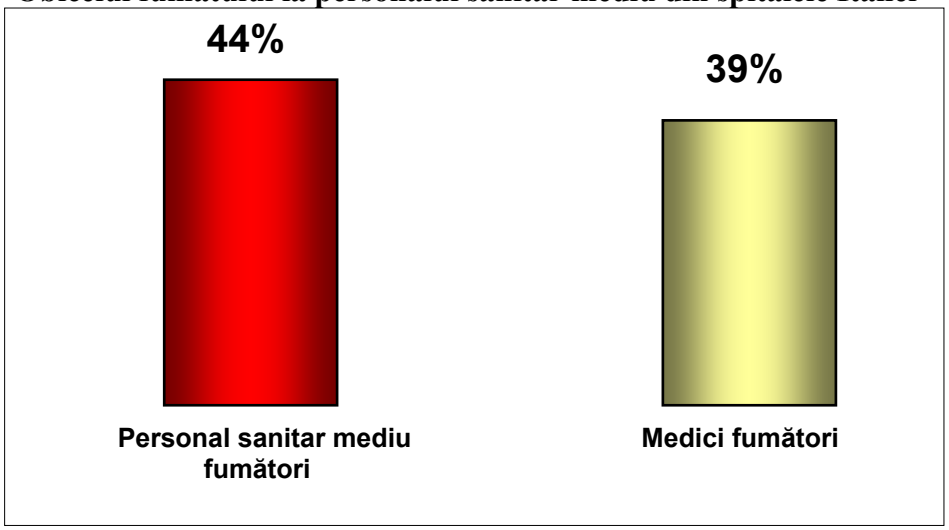
Prezentăm spre exemplificare câteva date statistice cu privire la fumatul activ şi pasiv la personalul medical din unele spitale europene:

Obiceiul fumatului la spitalul Bispebierg din Danemarca*



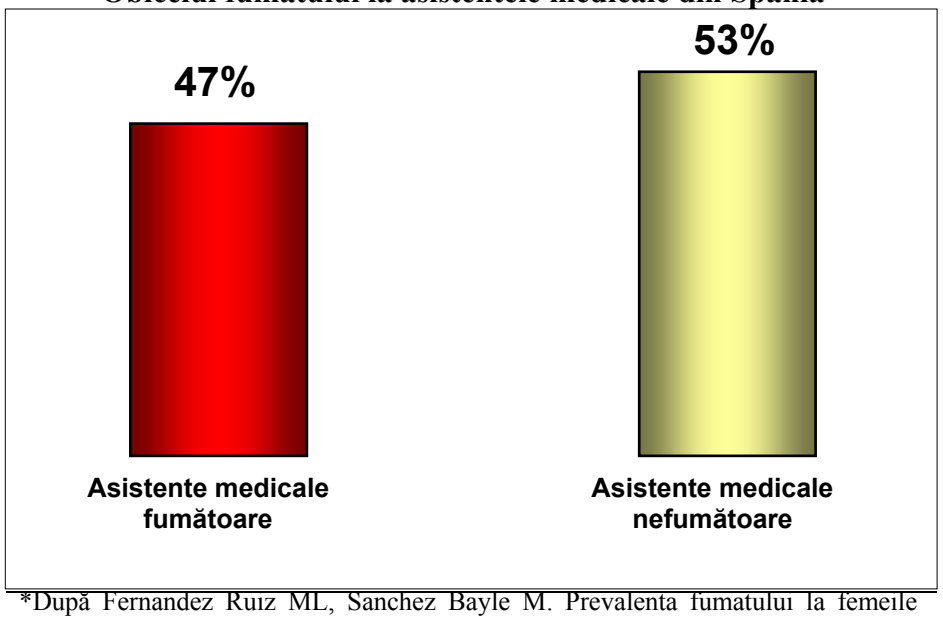
*După Olsen AD et al. Fumatul activ si pasiv la personalul sanitar din spitalul Bispebjerg 1992-1999.

Obiceiul fumatului la personalul sanitar mediu din spitalele Italiei*



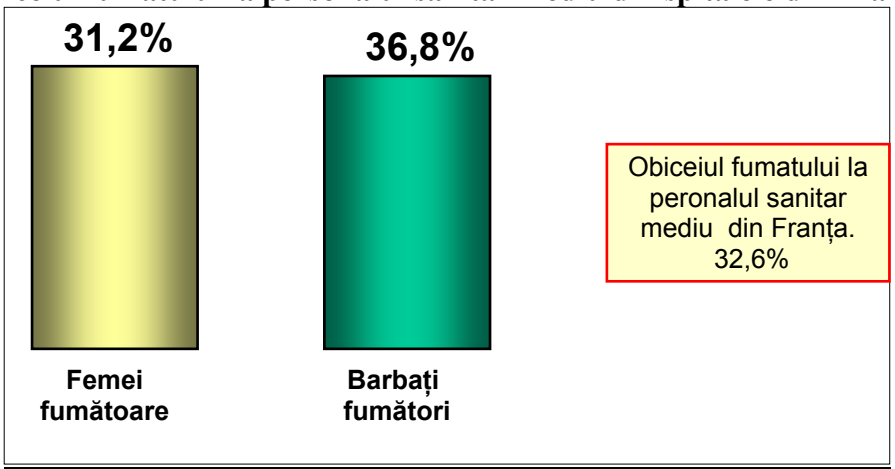
*După Nardini S. et al. Obiceiul fumatului si atitudinea vizavi de fumat a personalului sanitar mediu a unui spital general.

Obiceiul fumatului la asistentele medicale din Spania*



*După Fernandez Ruiz ML, Sanchez Bayle M. Prevalenta fumatului la femeile doctor si asistentele medicale din Madrid.

Obiceiul fumatului la personalul sanitar mediu din spitalele din Franța



După Grizeau D et al. Atitudinea si comportamentul personalului sanitar mediu vizavi de tabagism

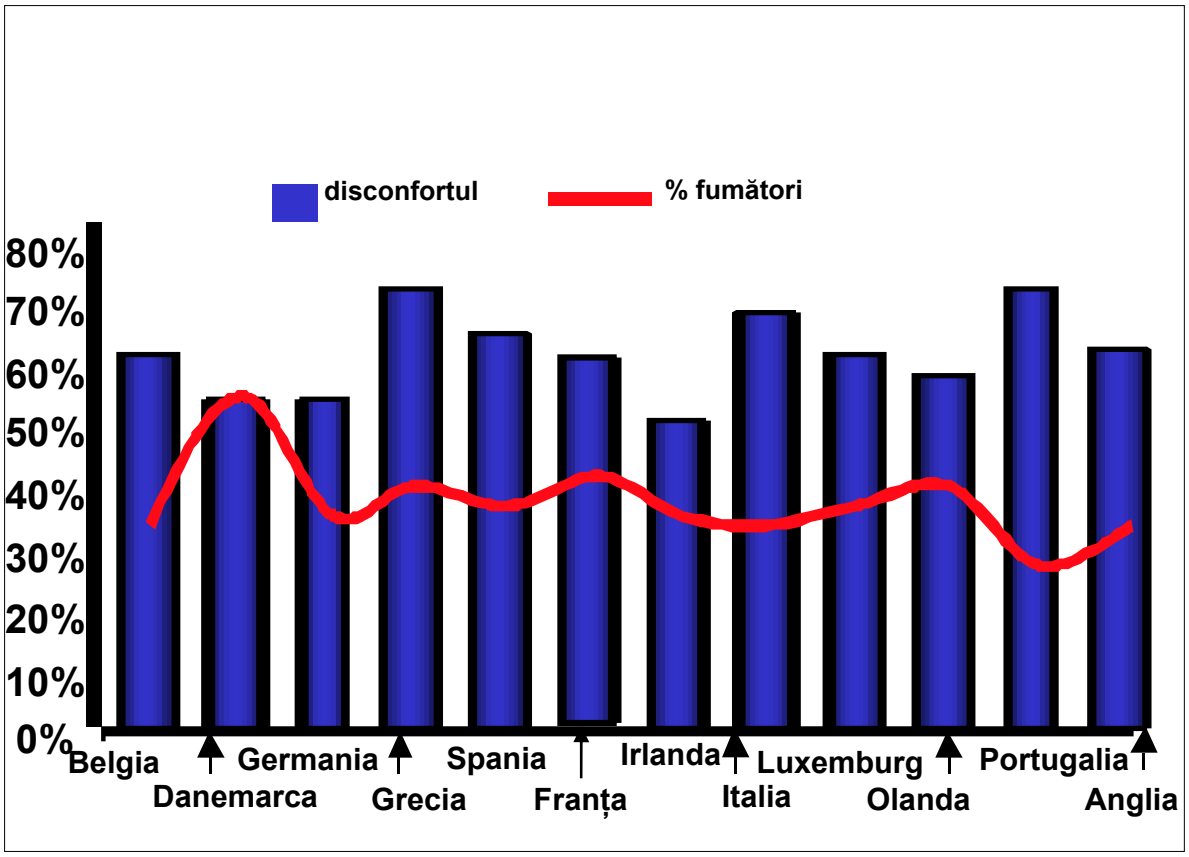
Fumatul pasiv - o ameninţare pentru sănătate

Lucrătorii din domeniul sanitar trebuie să cunoască atât efectele fumatului activ cât şi pe cele ale fumatului pasiv.

Disconfortul provocat de fumatul pasiv este o realitate. Un studiu recent (*Baromètre santé*, 2000) a evidenţiat că dintre nefumători 72 % sunt deranjaţi de fumul de ţigară (*second hand tobacco).* Aceste rezultate demonstrează nevoia nefumătorilor de protecţie faţă de fumul de ţigară.

Un studiu recent a arătat faptul că 53% dintre fumători au început să fumeze pentru că erau deranjaţi de fumul de ţigară. Necesitatea unui mediu liber de fumat este unanim acceptată atât de nefumători, cât şi de fumători.

Disconfortul provocat de fumatul pasiv în Europa*



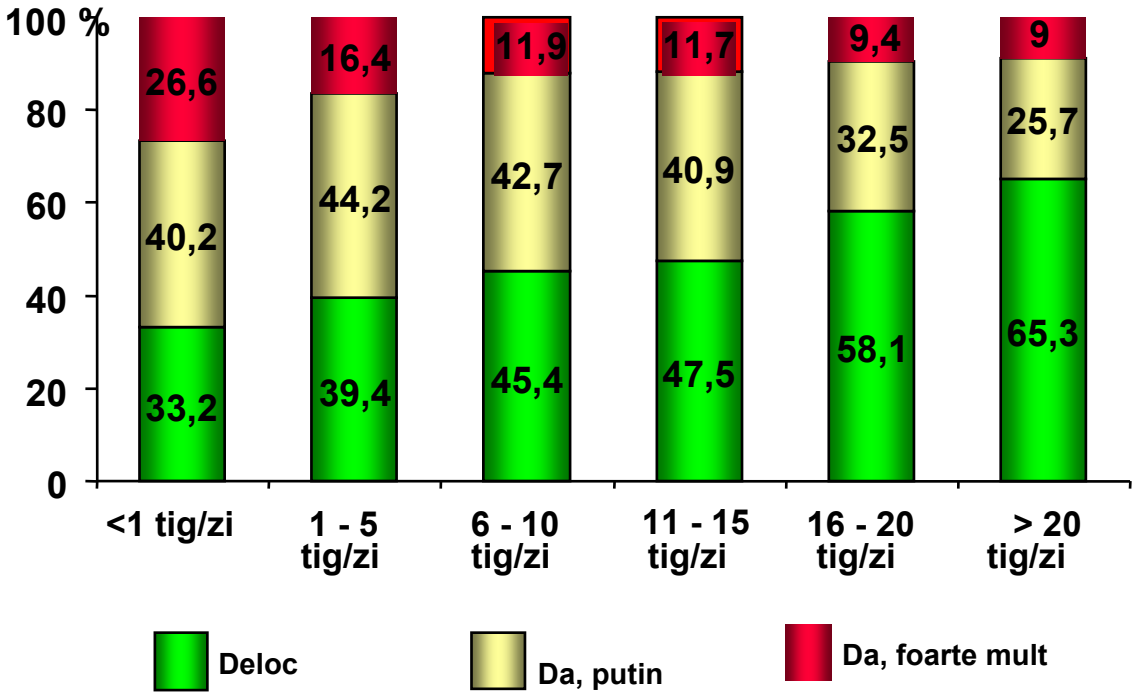
*Sursa: Europe against cancer, 1993 and WHO Europe, 1992.

În virtutea principiului toleranţei reciproce între oamenii unei societăţi civilizate, am putea accepta ca nefumătorii şi fumătorii să trăiască împreună în bună înţelegere. O atitudine de toleranţă mutuală şi-ar avea locul dacă fumatul pasiv nu ar afecta sănătatea celor care sunt nevoiţi să-l suporte.

Din ce în ce mai multe studii indică faptul că fumatul pasiv dăunează grav sănătăţii, inhalarea fumului de către nefumători având consecinţe serioase. Mai mult, aceste consecinţe sunt cu atât mai grave cu cât petrecem mai mult timp în preajma fumătorilor. Ştiind aceste lucruri, nu mai este pur şi simplu posibil să admitem în casele noastre fumatul partenerului sau al unuia dintre părinţi. Este necesar să limităm acest punct al toleranţei mai ales în mediul profesional, unde foarte rare sunt cazurile când ne putem alege noi mediul de lucru. Fumatul pasiv ne priveşte pe noi toţi, întrucît el îi expune şi pe membrii familiei (copiii sunt cei mai afectaţi) la o întreagă serie de urmări extrem de periculoase.

Disconfortul provocat de fumatul pasiv raportat de fumător prin răspunsul la întrebarea: sunteţi deranjat de fumul celorlalţi?

Sursa: Baromètre santé 2000, CFES



Studii recente demonstrează riscurile expunerii pasive la fumul de ţigară pentru nefumător. Fumătorii sunt victimele principale ale fumului de ţigară (500 000 decese anual în Europa). Date ştiinţifice recente, majoritarea publicate în ultimii 15 ani, atestă faptul că expunerea la fumul de ţigara determină îmbonăviri atât la copii, cât şi adulţi.

Aceste dovezi necesită acţiuni restrictive în locurile publice, pentru a se evita expunerea la fumul de ţigară.

Expunerea pasivă la fumul de ţigară este asociată cu creşterea riscului de:

- *infecţii de tract respirator inferior la copil (+ 72 % dacă mama fumează);*
- *otite medii recurente la copil (+ 48 % dacă fumează ambii părinţi);*
- *crize de astm şi emoţionale la copil;*
- *deficienţe de creştere intra-uterină şi greutate mică la naştere (pot apărea şi la mamele nefumătoare expuse pasiv fumului de ţigară);*
- *moarte subită infantilă (riscul creşte de două ori);*
- *spasme coronariene (+ 25 % şi este principala cauză de deces datorată fumatului pasiv);*
- *cancer pulmonar (+ 26 %).*

Diferit de aceste efecte bine cunoscute, sunt presupuse mult mai multe urmări cu implicare în apariţia unor boli non-maligne şi agravarea unora preexistente (maligne şi non-maligne), dar date ştiinţifice noi sunt necesare pentru a confirma aceste aspecte.

Desigur, fumatul poate fi considerat „o plăcere periculoasă”, în funcţie de hotărârea fiecăruia, iar societatea trebuie să tolereze diferenţele existente între membrii ei. Fumatul este, deja de mult timp, cunoscut drept principala cauză evitabilă care dăunează grav sănătăţii.

Sănătatea nefumătorilor, constrânşi să inhaleze fumul tutunului (fumatul pasiv) este, de asemenea, ameninţată de aceleaşi pericole. Date recente înregistrate în Elveţia scot în evidenţă efectele pe care le are fumatul pasiv asupra sănătăţii din punct de vedere statistic:

- fumătorii pasivi suferă mai frecvent de tulburări respiratorii, cum ar fi respirația şuierătoare, tusea cronică şi simptome ale bronşitei cronice;
- riscul de a se îmbolnăvi de astm bronşic sau de bronşită cronică este net mai ridicat;
- cu cât nefumătorii sunt mai expuşi fumului de tutun, cu atât probabilitatea apariției unor boli respiratorii şi diminuarea capacităților fizice cresc.

Nimeni sau aproape nimeni nu mai contestă astăzi că fumatul este nefast pentru sănătate. Dacă numărul fumătorilor este atât de mare, acest lucru este o urmare a faptului că ei sunt dependenți, fizic şi psihic, de țigară.

Fumatul este cunoscut de mult timp ca principal factor care stă la baza apariției a numeroase boli, în mod deosebit a cancerului şi că în mod evident este responsabil pentru numeroase decese.

Aproape 90% dintre persoanele care suferă de cancer pulmonar au fumat de-a lungul multor ani.

Cercetările au demonstrat că persoanele nefumătoare sunt supuse aceloraşi riscuri ca şi persoanele fumătoare atunci când ele sunt expuse, împotriva voinței lor, fumului unuia sau mai multor fumători din anturaj. În acest caz este vorba de aşa-numitul *tabagism pasiv* sau, cum mai este numit, *fumatul pasiv*.

Fumul de tutun este o formă comună de poluare a aerului din spațiile închise. Milioane de adulți dar şi de copii suferă zilnic din cauza fumului, acasă, la locul de muncă sau în locuri publice.

1. Cancerul şi fumatul pasiv

Fumul conține substanțe care favorizează apariția tumorilor maligne. Aceste substanțe nu sunt prezente numai la fumători, ci au fost detectate şi în organismul fumătorilor pasivi. În plus, cu cât expunerea la fum este mai prelungită, cu atât concentrația substanțelor creşte în anumite organe, în sânge şi urină.

Studiul efectelor pe care le are fumatul pasiv asupra apariției cancerului este dificil. De fapt, substanțele toxice produse prin arderea tutunului trebuie să acționeze o perioadă lungă de timp înainte ca o eventuală tumoră canceroasă să fie detectată, însă cercetările ştiințifice au demonstrat că acest risc există.

2. Afecțiunile respiratorii şi fumatul pasiv

Pe lângă rolul pe care îl are fumul în apariția tumorilor, cercetătorii au vrut să afle dacă fumătorii pasivi prezintă mai frecvent boli ale căilor respiratorii.

S-au studiat efectele fumatului pasiv în primul rând la copii. A fost dovedită existența unor diverse consecințe negative, mai ales o susceptibilitate mai mare ca aceştia să sufere de infecții ale tractului respirator, de inflamații ale canalelor auditive şi de astm, precum şi de o încetinire a dezvoltării capacității pulmonare.

Copiii expuşi în mod constant la fumul de țigară sunt spitalizați mai des decât ceilalți copii şi lipsesc frecvent de la şcoală din cauza dificultăților respiratorii.

În timp ce numeroase studii ştiințifice au demonstrat efectele nocive ale fumatului pasiv asupra sistemului respirator la copii, literatura medicală, cu excepția studiilor asupra bronşitei cronice, emfizemului pulmonar şi a cancerului pulmonar, nu furnizează decât puține informații tratând efectele fumatului pasiv la adulți. În plus, aceste studii se bazează adesea pe eşantioane restrânse de subiecți şi rezultatele lor nu sunt întotdeauna corespunzătoare.

Deşi studiul ştiințific al efectelor fumatului pasiv nu este simplu, diverse studii au arătat că fumatul pasiv creşte riscul apariției cancerului pulmonar, aşa după cum nu mai există nicio îndoială în ceea ce priveşte relația strânsă dintre fumatul pasiv şi numeroasele boli respiratorii.

3. Efectele fumatului asupra sugarilor şi copiilor mici

Există numeroase studii care tratează efectele fumatului pasiv la nou-născuți şi la copii până la vârsta de 5 ani. S-a constatat că nou-născuții fumătoarelor au adesea o greutate mai mică la naştere, adică în jur de 2 500 de grame, iar greutatea va fi cu atât mai mică față de cea normală cu cât femeia însărcinată fumează mai mult.

Nu mai puţin important este şi faptul că rata mortalităţii copiilor în ultimele zile ale sarcinii sau în primele zile după naştere este mai ridicată în cazul mamelor fumătoare decât în cazul mamelor nefumătoare.

S-a ajuns, de asemenea, la concluzia că sugarii cu greutate inferioară celei medii sunt predispuşi să se îmbolnăvească în primul lor an de viaţă.

Totodată la aceşti nou-născuţi există şi riscul de „moarte subită", ale cărei cauze însă nu sunt încă în mod clar edificate. Se presupune că ar fi vorba despre pauzele lungi între respiraţii care duc la deces.

Din motive necunoscute, probabilitatea morţii subite a sugarului este strâns legată de consumul de tutun al mamei. Pe scurt, copiii care au părinţi fumători suferă mai frecvent de bronşite acute decât cei ai căror parinţi sunt nefumători. În plus, riscurile apariţiei bolilor sunt cu atât mai mari cu cât părinţii, şi în mod deosebit mama, sunt fumători.

4. Efectele fumatului asupra copiilor şi adolescenţilor

La copii şi adolescenţii a căror vârsta este cuprinsă între 5 şi 16 ani şi care trăiesc într-un mediu în care sunt obligaţi să inspire în mod constant fum de ţigară, se pot observa diverse forme de iritare a căilor respiratorii: tuse, expectoraţii, insuficienţă respiratorie, wheezing. Aceşti tineri suferă, de asemenea, în mod frecvent de repetate inflamaţii la nivelul canalului auditiv şi al amigdalelor. În plus, tot la aceşti copii a fost posibilă evidenţierea unei capacităţi pulmonare ceva mai reduse, dar totuşi semnificativă din punct de vedere statistic.

Atât Organizaţia Mondială a Sănătăţii, cât şi autorităţile sanitare din Statele Unite şi Marea Britanie au constatat că numărul cazurilor de astm şi gravitatea acestora la copii depinde de consumul mai mic sau mai mare de tutun din cadrul anturajului lor. Fumatul pasiv la copii şi la adolescenţi intensifică riscul acestora de a fi predispuşi la astm.

5. Efecte fumatului asupra adulţilor

Efectele fumatului pasiv asupra adulţilor sunt mai dificil de stabilit decât la copii, şi asta pentru că aceştia sunt, în genere, mai expuşi la influenţe nocive asupra căilor respiratorii, aşa cum se întâmplă, spre exemplu, la locul de muncă. Nu rămâne decât, pe baza studiilor ştiinţifice, să stabilim o legătură între fumatul pasiv şi diverse afecţiuni respiratorii, cum ar fi bronşita.

Primele studii privind apariţia cancerului pulmonar la adulţii expuşi în mod constant la fum au fost publicate la începutul anilor 80. În anul 1986 autorităţile sanitare din Statele Unite şi Marea Britanie, precum şi OMS au declarat că fumatul pasiv creşte în mod semnificativ probabilitatea apariţiei cancerului pulmonar.

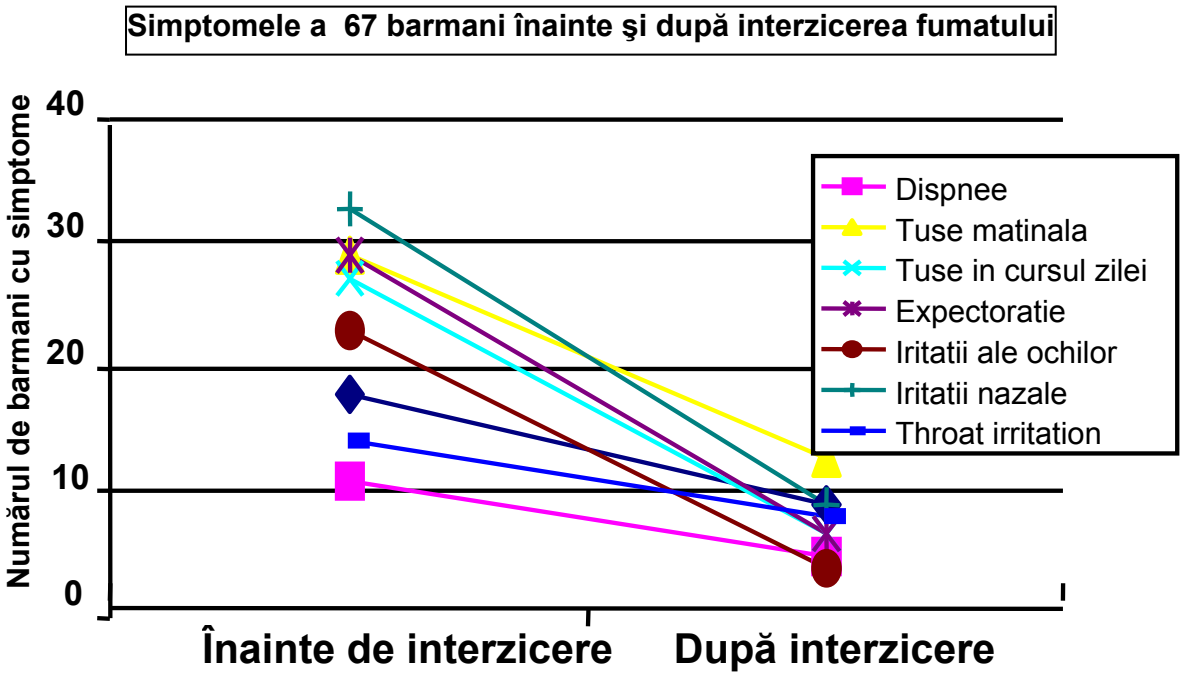
Fumatul pasiv creează o serie de dificultăţi sau afecţiuni respiratorii:

- respiraţie şuierătoare;
- insuficienţă respiratorie chiar şi pe parcursul unui efort puţin pronunţat;
- bronşita acută cu tuse sau cu expectoraţii;
- bronşita cronică cu tuse sau cu expectoraţii purulente care durează de cel puţin doi ani.

Persoanele nefumătoare care pot trăi într-o atmosferă neviciată de fumul de ţigară respiră mai liber şi au mai puţine probleme de ordin respirator decât persoanele nefumătoare închise în spaţii pline de fum.

Doar 4% dintre persoanele nefumătoare care au posibilitatea să respire un aer curat au respiraţie şuierătoare, o parte suferă de tuse cronică şi 5% prezintă simptome de bronşită cronică (tuse sau expectoraţie); după o expunere îndelungată într-o atmosferă îmbibată cu fum de ţigară, aceleaşi persoane prezintă: respiraţie şuierătoare - 7%; tuse cronică - 11%; bronşită cronică - 7%.

Beneficiile angajaţilor din restaurantele în care fumatul este interzis



Sursa: **Eisner M et coll., JAMA 1998, 280, 1909-1914**

Dificultăţile respiratorii (tuse, bronşită acută, bronşită cronică, astm, insuficienţă respiratorie în timpul efortului fizic) sunt cu atât mai frecvente la nefumători cu cât aceştia sunt constrânşi să respire în încăperi pline de fum.

Monitorizarea biologică a fumatului pasiv

Componente	Neexpus		Expus		Fumător	
CO	3 ppm ± 1,5		7–11 ppm		>10–20 ppm	
HbCO	> 1,7 % CG	RIA	2-3 % CG	RIA	> 5 % CG	RIA
Cotinina						
Salivara (ng/ml)	0,4	3,6 – 31,3	0 – 8			
Plasmatica (ng/ml)	nedetectabila	Nedetectabila	5 –7,33	1		
Urinara (ng/ml)		0,3 – 392	0–250			3 – 6810
Urin. (ng/mg creat.)			30			
Nicotina	5,8 ± 4,35		10–43.6		150,6 ± 155	
Salivara (ng/ml)						
Plasmatica (ng/ml)			2,49			
Urinara (ng/ml)	7.47 ± 8.25		21.5 ± 28.7		396	

CG = cromatografie gazoasă ; RIA = radio-immuno-assay

a) Astmul şi fumatul pasiv zilnic. Cercetările arată, pentru persoanele nefumătoare, creşterea probabilităţii îmbolnăvirii de astm bronşic, diagnosticat din punct de vedere medical în funcţie de durata expunerii la fumul de ţigară. Această probabilitate este de două ori mai mare dacă durata expunerii zilnice la fum depăşeşte trei ore.

b) Bronşita cronică şi fumatul pasiv. Pentru fumătorii pasivi, riscul de a se îmbolnăvi de tuse cronică creşte de-a lungul anilor. Riscul prezintă o importanţă de două ori şi jumătate mai mare când fumatul pasiv este practicat de mai mult de douăzeci de ani. În plus, riscul este cu atât mai ridicat cu cât sunt mai mulţi fumători care poluează mediul ambiant, tusea cronică reprezentând primul simptom al bronşitei cronice sau al emfizemului pulmonar.

Ca regulă generală, simptomele apar după mai mulţi ani de expunere pasivă la fumul de ţigară, dar după apariţia primelor simptome, boala are o evoluţie gravă.

Dacă se află fumători în apropierea unui nefumător, atunci probabilitatea pentru acesta din urmă să fie victima unei bronşite cronice creşte, cu cât durata de expunere la fumul de ţigară este mai lungă.

Probabilitatea apariţiei bronşitei cronice este cu atât mai ridicată cu cât persoana nefumătoare este obligată să stea în preajma fumătorilor la locul de muncă.

Pe scurt, cu cât persoanele nefumătoare sunt mai mult timp expuse la fumul de ţigară, cu atât creşte riscul ca ele să sufere de afecţiuni ale căilor respiratorii şi o diminuare a capacităţilor fizice.

Statusul general şi tratamentele dentare. Clasificare ASA

Prep. univ. Cristina T. PREOTEASA*, Prof. univ. dr. Elena PREOTEASA,**
Asist. univ. dr. Marina MELEŞCANU IMRE, Medic rezident cardiolog Ruxandra DRĂGOI*****

***Disciplina de Diagnostic oro-dentar, Facultatea de Medicină Dentară, U.M.F. „Carol Davila", Bucureşti**
****Disciplina de Protezare totală, Facultatea de Medicina Dentară, U.M.F. „Carol Davila", Bucureşti**
***** Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti**

Rezumat. Sănătatea orală este parte integrantă a stării de sănătate generală, între cele două existând multiple interacţiuni. Una dintre cele mai folosite metode pentru aprecierea importanţei aspectelor patologice generale identificate, din perspectiva riscului medical prezent, utilizează Sistemul de clasificare a stării generale enunţat de ASA (American Society of Anesthesiology). Acesta este constituit din VI grade, pacienţii care solicită tratament dentar aparţinând în general primelor IV. Fiecare clasă prezintă o caracterizare specifică şi e corelată cu modificări ale tratamentului de o amploare variabilă. Clasificarea ASA este un instrument util, uşor de folosit de către medicul dentist, care orientează asupra gravităţii afecţiunii prezente şi implicaţiilor ei.

Cuvinte cheie: tratament dentar, status general, clasificarea ASA

Abstract. Oral health is integral part of general health. Between the two of them there are multiple interactions. One of the most currently used methods for assessing the importance of general pathological aspects identified (in terms of health risk factors) is the classification system set out by ASA (The American Society of Anaesthesiology). It consists of VI grades. Patients seeking dental treatment usually belong to the first IV. Each class has a specific characterization and is correlated with changes in treatment on a scale variable. ASA classification is a useful, easy to use by your dentist, which focus on disease severity and the implications they present.

Introducere

Sănătatea reprezintă o dimensiune cu impact deosebit asupra societăţii, atât prin implicaţiile ei asupra calităţii vieţii, cât şi prin contribuţia la buna desfăşurare a activităţilor populaţiei. Este privită astăzi mai mult ca o resursă pentru viaţă decât ca un scop al vieţii.

Ea presupune existenţa unui echilibru între toate ,,părţile componente" ale organismului uman. În acest context, sănătatea orală devine parte integrantă a stării de sănătate generală, între cele două existând multiple interacţiuni. Modificarea statusului general poate contribui uneori la apariţia unor aspecte patologice la nivelul cavităţii bucale. Acestea pot constitui semnale de alarmă ale unei afectări sistemice. Prezenţa eroziunilor dentare poate fi un indiciu al refluxului gastroesofagian sau bulimiei. Sindromul Sjögren, deshidratarea şi bulimia pot contribui la apariţia hiposialiei. În sens reciproc existenţa unor modificări la nivelul statusului oral poate fi corelată cu aspecte patologice sistemice. Se presupune că există o legătură între parodontita marginală cronică şi bolile cardiovasculare.

Astfel, medicina dentară este parte integrantă a medicinei generale. Medicul dentist trebuie să aibă permanent în vedere că aspectele patologice tratate reprezintă doar un aspect limitat al unui ansamblu mult mai complex. În momentul instituirii oricărui tratament este necesar să se aibă în vedere posibilele interacţiuni etiologice reciproce dintre aspectul local şi o afectare sistemică, riscul apariţiei unor complicaţii sistemice în timpul efectuării diferitelor manopere stomatologice, influenţele pe care le poate avea statusul general şi medicaţia asociată asupra evoluţiei şi prognosticului.

Identificarea modificărilor statusului general şi semnificaţia lor în practica medicală dentară

Orice tratament dentar începe printr-o analiză amănunţită a situaţiei prezente. Datele privind starea de sănătate generală sunt identificate în principal prin anamneză şi printr-un examen general sumar. Indicii suplimentare pot fi observate din comportamentul pacientului şi din examenul intraoral. Dacă medicul dentist consideră că unele aspecte identificate sunt neclare, acest lucru poate fi cel mai uşor şi sigur lămurit prin colaborarea cu medicul de familie al pacientului.

După culegerea şi analiza tuturor datelor despre statusul medical general şi local, medicul dentist este în măsură să ia o serie de decizii privind tratamentul specific. Aici un rol important îl are şi medicul generalist, care poate da indicaţii preţioase privind stabilirea modificărilor necesare în cursul tratamentului.

În primul rând existenţa unei patologii generale trebuie apreciată din perspectiva riscului tratamentului dentar asociat. În unele cazuri se consideră că în momentul respectiv pacientul nu este apt să suporte tratamentul dentar. Afectările sistemice pot face ca tratamentul stomatologic să prezinte un risc vital considerabil şi din acest motiv să fie necesară amânarea lui. În alte cazuri existenţa unei patologii generale se corelează cu modificarea planului de tratament, ale condiţiilor de desfăşurare (cabinet dentar sau unitate spitalicească), ale manoperelor de rutină (momentul instituirii, selectare individualizată a substanţelor şi materialelor folosite), utilizarea sedativelor, premedicaţii cu antibiotice etc.

Aceste atitudini sunt impuse de desfăşurarea în condiţii de siguranţă a actului medical dentar (pentru reducerea riscului ca pacientul să prezinte un episod acut în timpul tratamentului) şi obţinerea unui rezultat care să răspundă cerinţelor funcţionale şi estetice, cu un prognostic bun şi implicaţii negative asupra stării de sănătate minime (să nu agravăm afecţiunea sistemică).[i]

Sistemul de clasificare a stării generale enunţat de ASA (American Society of Anesthesiology)

Una dintre cele mai folosite metode pentru aprecierea importanţei aspectelor patologice generale identificate, în contextul tratamentului medical, utilizează Sistemul de clasificare a stării generale enunţat de ASA (American Society of Anesthesiology) (tabel I.). Criteriul principal este statusul general al pacientului, care este privit ca grad de risc medical în cazul tratamentului chirurgical, în care este integrată şi o subetapă în care se realizează anestezia (generală, loco-regională, locală).

Tabel I. Clasificarea ASA[ii]

CLASIFICAREA ASA (American Society of Anesthesiology)	
GRAD	**SEMNIFICAŢIE**
ASA I	Pacient sănătos
ASA II	Pacient cu boală sistemică moderată
ASA III	Pacient cu boală sistemică severă
ASA IV	Pacient cu boală sistemică severă, cu risc vital permanent
ASA V	Pacient muribund, care nu are şanse să supravieţuiască fără operaţie
ASA VI	Un pacient în moarte cerebrală, ale cărui organe sunt recoltate pentru a fi donate
Dacă tratamentul chirurgical este o urgenţă, indicativul corespunzător stării fizice va fi urmat de litera “E” (exemplu “5E”)	

Tratamentul dentar, pentru cei mai mulţi pacienţi, este o situaţie însoţită de anxietate, care se manifestă prin apariţia stresului, şi poate fi asociat cu tulburări ale homeostaziei. Totodată este de cele mai multe ori invaziv, fiind considerat în unele ţări ca aparţinând specialităţilor chirurgicale. În acest context, riscul operator şi anestezic este apreciabil şi în cursul tratamentului medical dentar,

fiind deosebit de important ca pacientul să fie corect evaluat şi apoi să se practice individualizările necesare.

În practica medicală dentară de rutină, în cabinetele cu acest specific, pacienții aparțin în general primelor patru clase. În mod excepțional pacienții care aparțin ultimelor două clase pot necesita tratament specific dentar, dar aceste situații se realizează într-o unitate spitalicească.

Pentru o diferențiere mai clară a clasificării în scopul utilizării ei, sunt folosite caracterizări descriptive pentru fiecare grad. Exemple ale unor afecțiuni sistemice cu gradul ASA corespondent sunt prezentate în tabelul II.

Tabel II. Exemple de afecțiuni sistemice cu gradele ASA corespunzătoare

GRAD	AFECȚIUNI SISTEMICE
ASA II	Primele 2 trimestre de sarcină Pacient foarte anxios cu antecedente de sincopă în cabinet dentar Hipertensiune arterială (HTA) controlată: TA sistolică<140 mmHg/TA diastolică<90 mmHg Angină pectorală stabilă Infarct miocardic în antecedente mai vechi de ½ an fără simptomatologie şi reluarea activităților normale de către pacient Diabetul zaharat non-insulino dependent (tip 2) bine controlat (medicamentos sau prin dietă) Epilepsie controlată medicamentos, fără crize în ultimul an Astm bronşic controlat Afecțiuni tiroidiene Alergii manifeste Obezitate moderată
ASA III	Ultimul trimestru de sarcină (anumite poziții împiedică întoarcerea venoasă, stres) HTA gradul II ESC/ESH: TA sistolică: 160-179 mmHg/ TA diastolică: 100-109 mm Hg Infarct miocardic la mai mult de ½ an, cu simptomatologie (fatigabilitate, dispnee) Episoade de angină pectorală în antecedente (dar nu în ultimele 2 luni) Terapie anticoagulantă Terapie steroidă prelungită Diabet zaharat insulino-dependent (tip 1) controlat prin tratament cu insulină Pacienți compromişi, cu afectări pulmonare obstructive (inclusiv bronşite cronice, emfizem pulmonar) Obezitate cu grad ridicat
ASA IV	Hipertensiune arterială gradul III ESH/ESC: TA sistolică >180 mmHg/ TA diastolică >110 mmHg Angină pectorală instabilă Infarct miocardic sau accident vascular cerebral în ultimele 6 luni Diabet zaharat necontrolat Boală renală cronică în faza finală (pacienți cu dializă renală) Hemofilie Epilepsie necontrolată

Gradul **ASA I** înseamnă un pacient sănătos. În urma realizării anamnezei şi examenului clinic general realizat în cabinet nu reiese afectarea stării generale. Tensiunea arterială sistolică este mai mică de 140 mm Hg, iar cea diastolică mai mică de 90 mm Hg. Gradul de anxietate este mic, este

nefumător, iar consumul de băuturi alcoolice are un nivel mic. Din această categorie nu fac parte pacienţii aparţinând vârstelor extreme. Poate alerga cel puţin 2 minute sau urca două etaje fără să apară dispnee sau fatigabilitate. În concluzie, nu există afectări organice, biochimice sau psihiatrice. Procesul patologic e localizat şi pacientul nu e compromis sistemic.

La indivizii consideraţi ca prezentând un grad **ASA II** a fost identificată o afecţiune sistemică, dar aceasta este bine controlată şi nu are risc vital. În această categorie sunt introduşi şi cei care consumă băuturi alcoolice în cantitate mare sau cei care prezintă un grad de anxietate ridicat legat de tratamentul dentar. Aceste persoane pot urca două etaje, dar apoi simt nevoia să facă o pauză datorită disconfortului apărut.

Gradul **ASA III** este corelat cu prezenţa unei afecţiuni severe, care limitează activităţile, dar nu reprezintă o incapacitate. Poate prezenta risc vital. Pacientul poate urca două etaje, dar pe parcurs se va opri datorită apariţiei dificultăţilor în respiraţie, disconfortului sau anginei pectorale.

Pacienţii prezentând gradul **ASA IV** manifestă o boală sistemică severă, puţin controlată sau într-un stadiu avansat. Limitează activităţile zilnice (nu pot desfăşura activitate fizică uşoară nici măcar pentru o perioadă scurtă de timp) şi au risc vital permanent. Disconfortul, dificultăţi în respiraţie, durerile în piept apar chiar şi în repaus, în lipsa efortului fizic, uneori chiar în timpul somnului.

Categoriile de risc sistemic pentru diferite manopere medicale dentare

După ce pacientul a fost încadrat în unul dintre gradele clasificării ASA avem formată o primă impresie generală privind implicaţiile stării generale asupra tratamentului dentar ce urmează a fi instituit. Riscul apariţiei complicaţiilor sistemice în cursul tratamentului dentar este variabil în funcţie de manopera realizată (tabel III).

Tabel III. Exemple de categorii de risc sistemic pentru diferite manopere medicale dentare

MANOPERA	Riscul apariţiei complicaţiilor sistemice
Examinare intraorală, examen radiologic, realizarea modelelor de studiu	Minim sau absent
Anestezie locală, proceduri de odontoterapie restaurativă, profilaxie, endodonţie fără prezenţa simptomatologiei, extracţii simple, tratament ortodontic	Mic
Endodonţie cu simptomatologie, extracţii multiple, inserarea unui implant, chiuretaj parodontal şi detartraj subgingival	Mediu
Proceduri chirurgicale de mare amploare, plasarea mai multor implanturi, anestezie generală	Mare

Cu cât ordinea clasei este mai mare, implicaţiile asupra tratamentului sunt mai complexe şi riscul medical este mai mare (tabel IV). În general, dacă pacientul prezintă un grad III sau IV ASA, este bine să se realizeze şi un control medical general înainte de tratamentul dentar. De exemplu, dacă un pacient neagă existenţa oricărei afecţiuni sistemice, dar nu poate urca două etaje fără pauză şi uneori apar dureri în piept, este indicat să fie examinat pentru a vedea dacă nu prezintă probleme cardiace.

Discuţii şi exemple

Pentru fiecare situaţie există anumite protocoale de lucru pentru desfăşurarea în condiţii de maximă siguranţă a actului medical dentar. De exemplu, în cazul bolnavilor epileptici, înainte de

anestezie sau extracţie li se vor administra barbiturice, extracţia la diabetici se face sub protecţie de antibiotice şi planificarea tratamentului se va face ţinându-se cont de ora mesei. În cazul prezenţei problemelor cardiace se va utiliza anestezic cu nivel minim sau fără vasoconstrictor etc.

În prezenţa unui pacient cu o stare generală alterată medicul dentist va decide dacă nu este în interesul pacientului ca terapia stomatologică să fie amânată. Există, de exemplu, câteva situaţii clare în care se contraindică efectuarea extracţiilor dentare, preferându-se amânarea lor. Acestea sunt infarctul miocardic sau accidentul vascular cerebral în ultima jumătate de an, leucemiile acute, by-pass-ul aorto-coronarian. Motivaţia este legată de faptul că s-a constatat că riscul de a suferi infarct miocardic este mai mare la cei care l-au făcut o dată şi acesta se pare că scade după prima jumătate de an. Totodată, există o perioadă post infarct de 21 zile în care pot apărea mai frecvent complicaţii cum sunt tulburările de ritm, ruptura de pereţi ventriculari sau valve. Pacienţii cu by-pass aorto-coronarian prezintă aritmii aproximativ jumătate de an după intervenţia chirurgicală.

În situaţiile mai puţin clare se recurge la colaborarea cu medicul generalist care are pacientul respectiv în îngrijire.

Pentru cei mai mulţi pacienţi o vizită la medicul dentist este o situaţie însoţită de anxietate, care se manifestă prin apariţia stresului, ce duce la tulburarea homeostaziei. În prezenţa stresului apar modificări fiziologice la nivelul organismului, datorită eliberării unei clase de substanţe denumite cathecolamine. Efectul este de creştere a ritmului cardiac, şi astfel, prin scurtarea diastolei, la creşterea nevoii de oxigen la nivelul miocardului. Stresul apare frecvent cu câteva zile înaintea consultaţiei, însoţindu-se de tulburări de somn. În momentul aşezării pe fotoliul dentar semnele şi simptomele se înmulţesc. Frecvent apare o creştere a tensiunii arteriale, a ritmului cardiac (tahicardie) şi a celui respirator (hiperventilaţie). În astfel de cazuri, percepţia durerii este mult crescută, în ciuda cantităţii mai mari de substanţă anestezică. În aceste condiţii tratamentul dentar devine o experienţă neplăcută atât pentru pacient cât şi pentru medic.

Tabel IV. Corelaţii între clasa ASA şi implicaţiile asupra tratamentului medical dentar

GRAD	Implicaţii asupra tratamentului medical dentar
ASA I	Se poate efectua tratamentul dentar de rutină, fără a fi necesară vreo modificare
ASA II	Tratamentul dentar de rutină poate necesita unele modificări, dar afecţiunea, fiind sub control, frecvent acestea nu sunt de mare amploare. Ele vizează: realizarea tratamentului în cursul dimineţii, înainte ca pacientul să obosească, scurtarea şedinţelor de tratament, solicitarea unui consult medical general al pacientului, utilizarea sedativelor sau premedicaţiei cu antibiotice, reglarea fotoliului într-o poziţie favorabilă.
ASA III	În tratamentul dentar de rutină modificările sunt indicate aproape sigur şi pot fi mult mai complexe. Frecvent pacientul necesită consult general în scopul reevaluării, modificări ale planului de tratament. Datorită bolii severe face mai greu faţă situaţiilor stresante din cabinetul medical dentar.
ASA IV	Pacientul fiind compromis sever din punct de vedere medical, este indicat să se realizeze doar tratamentul dentar de urgenţă, acesta trebuind să fie efectuat într-o unitate spitalicească. În orice moment poate apărea un episod acut şi trebuie să existe în acel moment posibilitatea acordării tratamentului adecvat. Când este posibil, tratamentul dentar va fi amânat până când starea medicală a pacientului s-a îmbunătăţit până cel puţin la gradul ASA III.

În cazul suprapunerii anxietăţii peste un organism compromis sistemic apar reacţii mai severe. Printre acestea se pot enumera crize de angină pectorală, edem pulmonar acut, tulburări respiratorii mai grave la pacienţii cu astm bronşic, crize de hipoglicemie la pacienţii cu diabet insulino-dependent, criza adrenocorticală la pacienţii cu medicaţie cortizonică. În aceste situaţii se impun măsuri speciale pentru managementul anxietăţii. Acestea includ: explicarea pacientului a tot ce urmează să i se facă, medicaţie pentru reducerea anxietăţii înainte de începerea tratamentului, şedinte scurte sau şedinţe mai lungi cu pauze, reducerea timpului de aşteptare a pacientului, sedarea, analgezie suplimentară, plasarea la îndemână a medicamentelor şi dispozitivelor folosite de pacient în momentul crizelor (inhalator astm, nitroglicerină) etc.

Concluzii

Pentru desfăşurarea în condiţii de siguranţă a actului medical dentar şi obţinerea celor mai bune rezultate, tratamentul medical dentar trebuie să fie personalizat, realizat în concordanţă cu statusul general prezent.

Prezenţa unei patologii la nivelul stării generale de sănătate creşte în general gradul de dificultate a tratamentului deoarece: poate avea un rol etiologic în apariţia unor modificări locale, poate modifica planul de tratament, poate necesita modificări ale unor manopere (realizarea într-o unitate spitalicească, contraindicarea extracţiilor sau folosirea vasoconstrictorului etc.).

O metodă utilă pentru aprecierea riscului medical dentar în contextul tratamentului specific foloseşte Sistemul de clasificare a stării generale enunţat de ASA (American Society of Anesthesiology). Acesta este indicat mai ales pentru manoperele care prezintă un risc de apariţie a complicaţiilor sistemice apreciat ca fiind mediu şi mare.

Clasificarea ASA este un instrument util, uşor de folosit de către medicul dentist, care orientează asupra gravităţii afecţiunii generale prezente şi implicaţiilor ei.

Bibliografie

1. Bricker S., Langlais R.,Miller C.: *Oral Diagnosis*, Oral Medicine and Treatment Planning, 2nd ed, BC Decker Inc, 2002, 32-170.
2. Bucur A., Cioacă A.: *Urgenţe şi afecţiuni medicale în cabinetul stomatologic,* Editura Etna, Bucureşti, 2004.
3. Edwab R., *Essential dental handbook: clinical and practice management advice from the experts*, PennWell Corporation, 2003, 1-15.
4. http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm
5. Preoteasa E.:*Aspecte clinice şi terapeutice în edentaţia totală cu modificări ale statusului oral,* Editura Universitară „Carol Davila", Bucureşti, 2005.
6. Preoteasa E., Glăvan M., Preoteasa C.T., Murariu Măgureanu C.:*Ramforsarea bazelor acrilice cu agenţi fibrilari şi cu pulberi,* Editura Cermaprint, 2008, 7-13.
7. Stefanac S., Nesbit S.:*Treatment Planning in Dentistry*, 2nd ed, Elsevier Inc., 2007, 91-110

Tulburarea posttraumatică. Abordări

Lt.(r) Maria-Magdalena MACARENCO
Specialist în psihologie clinică şi militară

Batalionul 348 Murfatlar

Rezumat. Trauma reprezintă un eveniment care presupune o ameninţare percepută sau reală la adresa individului şi care atrage după sine o reacţie emotională de intensitate extremă. Pentru a trăi sentimentul de eveniment, este necesar ca un aspect al realităţii să dea naştere unei surprize şi unei semnificaţii care să facă întâmplarea notabilă. Fără aspectul notabil conştiinţa nu va reacţiona şi nu va rămâne nimic, nici măcar sub forma unei amintiri. Nu putem vorbi despre traumatism decât dacă există o intruziune, dacă surpriza copleşeşte subiectul şi îi depăşeşte capacitatea sa de adaptare, îl zdruncină sau îl înscrie într-o direcţie în care el nu a vrut să meargă.
Stresul posttraumatic este descris in literatura de specialitate ca reacţie la un eveniment traumatizant ce depăşeşte capacitatea persoanei de a se adapta. Manifestările tulburării includ: vise recurente şi intruzive, reamintiri ale traumei, retragere socială, dificultăţi în a iniţia şi menţine relaţii intime, tulburări de somn. Aceste simptome persistă luni sau ani după traumă, adesea apărând după o lungă întârziere; ele pot conduce la dificultăţi severe în readaptarea la viaţa civilă: alcoolism, divorţ, şomaj. Doi factori apar ca fiind critici pentru magnitudinea răspunsului: primul şi cel mai evident este intensitatea traumei iniţiale. Al doilea şi mai puţin evident dar absolut vital este natura suportului social disponibilă pentru militarul traumatizat. Severitatea şi incidenţa tulburarii de stres posttraumatic cresc sau scad în funcţie de contextul social. Intensitatea traumei şi gradul de suport social merg împreună şi se amplifică una pe cealaltă. Când societatea pregăteşte un soldat să-şi înfrângă rezistenţa de a ucide un semen şi îl plaseaza într-un mediu în care el va face acest lucru, atunci societatea are obligaţia să se confrunte deschis, inteligent şi moral cu traumele şi cu repercusiunile acestora. Deşi tulburarea poate fi un efect al câmpului de luptă, societatea care îi primeşte înapoi pe militari îi poate ameliora condiţiile. Numindu-ne soldaţii "eroi" sau "mercenari care luptă pentru bani" ar putea face o mare diferenţă în reîntoarcerea lor acasă.

Cuvinte cheie: stres posttraumatic, vulnerabilitate genetică, intervenţie psihoterapeutică.

Abstract. Post-traumatic stress disorder (PTSD) is an emotional illness that develops when a person is exposed to a highly dangerous, very terrifying, possibly life-threatening event. Trauma can be relative depending on the reaction of the person experiencing it. Seemingly minor or "normal human events" can cause extreme trauma responses in some people, for example. Likewise, not all people exposed to war, for example, will develop PTSD.
The early intervention is crucial in the treatment' success. Treatment with medications alone does not and cannot transform PTSD, it can only control or alleviate some symptoms, and symptom control remains dependent upon the medication regimen. At their best, these drugs only serve to delay the inevitable confrontation with the pain, suffering, grief and guilt, buried deep inside.
Genetics explains a substantial part of the vulnerability in developing this disorder.

ISTORICUL TULBURĂRII DE STRES POSTTRAUMATIC (TSPT)

TSPT reprezintă o condiţie care a acompaniat nu doar războaiele moderne, ci toate războaiele. Clusterul său de simptome a fost prima oară diagnosticat ca "nostalgie" printre soldaţii suedezi în 1678. Medicii germani numeau această stare "heimweh" iar francezii "maladie du pays", ambele însemnând "boala de ţară", adică angoasa militarului care îşi doreşte să scape de zona de luptă şi să se întoarcă acasă. Spaniolii au denumit-o "estar rote", expresie care descrie condiţia sufletului ca urmare a războiului-"a fi sfărâmat". În Primul Război Mondial s-a vorbit despre"şocul obuzului", considerându-se că explozia unui obuz schimbă presiunea atmosferică din preajma soldaţilor, afectându-le sistemul nervos.

Soldaţii care manifestau simptome ale TSPT erau judecaţi ca fiind laşi sau ca având o slăbiciune personală, tulburarea fiind recunoscută ca "nevroză de luptă" sau "nevroză traumatică", denumiri care erau o reflectare a stigmei sociale. 306 militari britanici au fost executaţi în timpul războiului pentru laşitate, mulţi dintre ei fiind victime ale "şocului de obuz". În al Doilea Război Mondial se vorbea despre "oboseala de luptă". Deşi TSPT a fost neluată în considerare decenii la rând, războiul din Vietnam a adus în atenţia publicului această tulburare când medicii au început să o diagnosticheze ca "sindrom post-vietnam", veteranii din Vietnam obligând astfel comunitatea medicală să o recunoască în mod legitim.

Deşi TSPT a existat de secole, abia în 1980 Asociaţia Psihiatrică Americană a adăugat această tulburare oficial în DSM.

DSM I a apărut în jurul perioadei războiului din Coreea şi includea atunci o condiţie numită "reacţie la un stressor major". DSM II descria o "tulburare situaţională tranzitorie". În acest timp, medicii şi specialiştii în sănătate mentală au învăţat mai multe despre condiţiile tulburării iar stigma aplicată militarilor începea să dispară. Atunci a fost pentru prima oară când s-a înţeles că simptomele erau încercări ale corpului şi minţii de a procesa trauma: cu alte cuvinte, tulburarea era o funcţie a unui proces normal de vindecare. DSM III apărea după războiul din Vietnam.

Criticii diagnosticului spuneau că politicienii şi atitudinile anti-război influenţează formarea şi apariţia diagnosticului. Această atitudine încă persistă printre unii veterani ai războiului din Irak care văd TSPT ca pe o problemă a perioadei Vietnam şi au dificultăţi în a-şi conştientiza propriile simptome. În acelaşi timp în care DSM III începea să se dezvolte, mişcarea feministă a vorbit pentru prima oară despre violenţele familiale, violuri şi traumele suferite de femei şi copii. Atunci s-a înţeles faptul că nu doar veteranii de război ci şi alte victime ale traumelor dezvoltă aceleaşi simptome ori similare.

Cauza TSPT, aşa cum este descrisă în DSM III, include o traumă dincolo de capacitatea persoanei de a- i face faţă. În DSM IV, o traumă era văzută ca eveniment care poate cauza moartea, rănirea dar nu este în mod necesar dincolo de capacitatea persoanei de a o depăşi, aşa cum este în DSM III. DSM IV a fost revizuit în anul 2000 şi una dintre schimbări a fost redefinirea conceptului de traumă în TSPT. Se stipulează în DSM IV-TR că evenimentul este calificat drept traumă dacă inspiră frică intensă, neajutorare sau oroare în victimă.

Acest lucru include evenimente care altădată nu au fost gândite că ar cauza TSPT. S-a adăugat de asemenea că individul nu trebuie să experimenteze evenimentul direct, ci că poate fi şi martor la el sau să fie expus într-un alt mod, spre exemplu, să audă despre el, lucru care de asemenea poate duce la dezvoltarea tulburării. Aceste schimbări reflectă noi înţelegeri despre traumă, cum ar fi faptul că răspunsul la traumă poate fi transmis din generaţie în generaţie, aşa cum apare la copiii şi nepoţii supravieţuitorilor Holocaustului. De asemenea, copiii care au fost martori la violenţa parentală pot avea TSPT chiar dacă nu au fost ţinte ale violenţei. DSM-V, care va apărea în mai 2012, va conţine ultimele studii legate de TSPT (Lisa DeLuca, 2009).

EXPLICAŢII PSIHOBIOLOGICE ŞI GENETICE ALE EXPERIENŢEI TRAUMATICE

Stimulii care ameninţă viaţa, potenţiali traumatici, activează, printre altele, centrii de baraj din hipotalamus ai sistemului nervos autonom şi duc la sinteza hormonilor de stres. Regiunea hipocampică şi cortexul cingular sunt mai degrabă inhibate în stări extreme de excitaţie, astfel că ele nu îşi mai pot îndeplini funcţia lor de filtru iar impresiile nu mai sunt percepute şi ordonate categorial. Fragmente senzoriale ieşite din context, în care domină impresii olfactive, vizuale, acustice şi kinestezice iau locul imaginilor percepute ordonate. Aceste impresii senzoriale, părţi neurocognitive ale "schemei traumei" rămân timp îndelungat vii şi dacă sunt stimulate din nou, fie prin stimuli situativi, fie la retrăirea dispoziţiei traumatice, ele se întorc sub formă de imagini mnezice intruzive, care repetă adesea peste ani acelaşi scenariu. Caracterul de atemporalitate al acestor fragmente de memorie traumatice sunt puse, ipotetic, pe seama faptului că eşuează

categorizarea şi contextualizarea impresiilor senzoriale, astfel că pot fi reproduse fidel fragmente de amintiri acauzale, atemporale şi aspaţiale.

Şi alte structuri ale sistemului nervos central care se ocupă cu integrarea informaţiei emoţionale şi cognitive sunt alterate ca urmare a experienţei traumatice. De exemplu, în corpul calos sunt integrate informaţii din emisferele dreaptă şi stângă şi astfel sunt coroborate caracteristicile gândirii simbolice, orientate spre rezolvarea problemelor, analitice (de la emisfera stângă), cu indicaţiile de integritate ale comunicării şi percepţiei nonverbale (prelucrate în emisfera dreaptă).

O indicaţie despre tulburarea acestei functii se conturează în cercetările care stabilesc o lateralizare emisferică pronunţată pentru informaţiile traumatice, în sensul unei activităţi sporite în partea dreaptă şi unei activităţi slăbite în emisfera stângă. Studii au demonstrat că pacienţii traumatizaţi prezentau o activitate crescută în emisfera dreaptă, mai ales în amigdala şi lobii temporali mediali. În acelaşi timp a fost stabilită o activitate sporită în cortexul vizual drept iar emisfera stângă, mai ales zona stângă inferioară, în care se află centrul vorbirii expresive, a fost comparativ mai puţin activată. Această descoperire a demonstrat că persoanele care trec printr-o situaţie traumatică o retrăiesc imagistic, nefiind capabile să o exprime în limbaj.

Comparaţiile între starea de dinainte şi starea de după o psihoterapie a traumei prin *Eye Movement Desensitation and Reprocessing* (EDMR) au demonstrat că după o terapie reuşită creşte activitatea în cortexul cingular dar se diminuează activitatea amigdalei, ceea ce reprezintă faptul că impresiile traumatice rămân neschimbate dar se poate face diferenţa între trecut şi prezent, între amintire şi ameninţare actuală. Astfel, se pare că activitatea cortexului cingular este hotărâtoare pentru diferenţierea între informaţia internă şi cea externă. EDMR este un proces care stimulează integrarea informaţiei pe cele două niveluri, psihic şi fiziologic şi care conduce la o elaborare imagistică şi verbală a traumei. Mişcările oculare ritmice laterale se opun lateralizării produse de traumă, susţinând astfel confluenţa dintre informaţia care vine din emisfera dreaptă şi cea care vine din emisfera stângă (Fischer, Riedesser, 2001).

FACTORI DE VULNERABILITATE GENETICĂ

În societatea modernă, mai mult de 80% din populaţie experimentează evenimente de viaţă cu severitate extremă, însă numai 10% dintre femei şi 5% dintre bărbaţi vor dezvolta TSPT în cursul vieţii. Pe de altă parte, persoane cu adevărat predispuse la TSPT nu vor dezvolta această tulburare pentru că din fericire nu se vor întâlni cu niciun eveniment stresant sever. Se consideră că simptomele TSPT reflectă modificări induse de stres în sistemul neurobiologic, reprezentând o adaptare neadecvată a acestuia la stresori severi. Nu este foarte clar dacă anumite modificări neurobiologice din TSPT reflectă o vulnerabilitate preexistentă sau consecinţele expunerii la traumă. Este cunoscut faptul că evenimente de viaţă din copilăria timpurie au efecte persistente asupra structurii şi funcţionării SNC, fenomen denumit "programarea dezvoltării". De asemenea mai este cunoscut că mediatorii hormonului glucocorticoid pot fi implicaţi în acest proces. Studii recente sugerează că mecanismele epigenetice pot juca un rol important în influenţarea reciprocă dintre expunerea la stres şi vulnerabilitatea genetică. Au fost descoperite diferenţe între receptorii glucocorticoizi (NR3C1) prelevaţi din hipocampusul sinucigaşilor cu istoric de abuz fizic în copilărie şi prelevaţi de la sinucigaşi neabuzaţi în copilărie, indicând astfel că aceste mecanisme sunt implicate în adaptarea umană la stres (Alja Videtic, 2009).

Conceptul de "co-variaţie gene-mediu", aparţinând geneticii comportamentale clasice, explică modul în care predispoziţiile genetice pot fi conectate la factori de mediu într-o manieră bilaterală: pasivă (când copilul moşteneşte gene specifice de la părinţi), reactivă (când părinţii reacţionează pozitiv sau negativ la trăsăturile copilului) şi proactiv (când persoana pare să selecteze un mediu care să se potrivească specificului genetic personal).

Rezultate recent publicate despre interacţiunea gene-mediu şi TSPT au demonstrat că proteina FKBP5, implicată în reactivitatea receptorului de cortizol, poate fi un predictor important pentru TSPT, explicând legătura dintre severitatea abuzurilor din copilărie şi această tulburare. Un

eveniment traumatic e mult mai probabil să ducă la apariţia TSPT la adulţii care au experimentat traume în copilărie şi au FKBP 5 iar trauma a fost fizică sau sexuală (Vsevolod Rozanov, 2009). Un alt predictor pentru dezvoltarea TSPT este numărul de evenimente traumatice trăite de subiect.

Natura rezilienţei[1] rămâne însă mult mai obscură decât natura vulnerabilităţii în termeni de mecanisme genetice, pentru că se bazează mai mult pe cele psihologice, sociale şi spirituale.

ABORDAREA PSIHOTERAPEUTICĂ A TRAUMEI. INTERVENŢIA ÎN CRIZĂ

Presupune în primul rând asigurarea securităţii celor afectaţi, ceea ce înseamnă adesea îndepărtarea de la locul traumei, lucru care însă nu se poate realiza întotdeauna în practică. Sentimentul de siguranţă poate fi susţinut prin contact corporal nemijlocit, de exemplu prin ţinerea de mână sau cuprinderea spatelui. Victimelor care se află într-o poziţie neajutorată trebuie să li se spună că sunt în siguranţă şi că vine un ajutor medical de exemplu. Sentimentul de siguranţă este favorizat şi de informaţii despre evoluţia rănilor dacă cei afectaţi o doresc. Cei care ajută trebuie să întreprindă mereu o încercare de explicaţie, apoi să observe cu grijă reacţia celor afectaţi, care poate fi foarte diferită, după cum ei se află în stadiul de evitare sau de invadare de excitaţii. În cel din urmă caz, relaxarea şi liniştirea trebuie să primeze în faţa informării. În faza de negare, cel care ajută va acţiona cu precauţie şi nu va corecta decât pozitiv, dacă cei afectaţi relatează evenimentul fragmentat. Mecanismele de apărare vor fi respectate în faza acută, dat fiind faptul că ele reprezintă o încercare de autoapărare la care nu se poate renunţa.

Când este restabilit un sentiment bazal de siguranţă şi există posibilitatea de a vorbi, victimei i se poate spune că prin reacţia sa la traumă răspunde absolut normal la o situaţie neobişnuită. Cel care ajută trebuie să perceapă pozitiv izbucnirile emoţionale ca manifestare a comportamentului de coping expresiv. Dacă victimele îşi fac reproşuri pentru comportamentul lor necontrolat, poziţia de susţinere emoţională poate acţiona despovărător. În cazul paraliziei emoţionale, retragerii şi apatiei victimei în faza de evitare, cel care ajută trebuie să stea la dispoziţie ca simplu partener de discuţie, fără a i se impune.

Relatarea verbală a evenimentului traumatic va fi realizată cât mai curând posibil după producerea acestuia. Cu cât subiectul va pune în acţiune comportamente de evitare, cu atât anxietatea va fi mai puternică. În timpul crizei subiectul se află într-o stare de puternică activare emoţională, fapt ce îl determină să fie mai dispus la dezvăluiri faţă de un ascultător atent şi suportiv. El manifestă tendinţa de a repeta relatarea faptelor, fenomen care trebuie încurajat pentru că are un efect cathartic. Sub aspect terapeutic, descrierea evenimentului şi relatarea cogniţiilor şi a stărilor afective trăite reprezintă prima forma de expunere. Expunerile incomplete sau spontane (amintiri intruzive, coşmaruri) deşi sunt încercări spontane ale psihicului de a dobândi catharsis-ul şi de a se vindeca, au un efect terapeutic mai slab, deoarece nu se includ toţi stimulii condiţionali. Cu cât sunt abordate mai multe detalii în timpul expunerii pe plan imaginativ, cu atât aceasta va fi mai completă şi va facilita procesul de stingere a simptomelor de stres.

Obiectivul terapeutului constă în a-l ajuta pe subiect să-şi reamintească evenimentul traumatic, să accepte faptul că acesta a avut loc şi să proceseze gândurile şi stările afective negative.

Scopul unei convorbiri de susţinere este acela de a favoriza elaborarea traumei care corespunde procesului natural de vindecare a rănilor psihice şi, pe de altă parte, de a-i împiedica să cadă într-una dintre extreme, fie în copleşirea emoţională neajutorată, fie în negare. În faza de intervenţie

[1] Reziliența reprezintă un proces care permite reluarea unui tip de dezvoltare, în ciuda existenţei unui traumatism şi în condiţii potrivnice; o sfâşiere refăcută. Nu putem vorbi de reziliență decât dacă a existat un traumatism. Trebuie să evaluăm un număr cât mai mare posibil de factori din istoria personală a subiectului şi din contextul acesteia, pentru a descoperi care situaţie i-ar declanşa reziliența şi pentru a o evita pe aceea care i-ar degrada şi mai tare condiţia.

post-traumatica trebuie să fie implicaţi specialişti în psihologie clinică, psihiatri şi psihoterapeuţi specializaţi pe traumă (Fischer, Riedesser, 2001).

Critical Incident Stress Debriefing (CISD) este o intervenţie în criză care include primul ajutor psihologic după un eveniment traumatizant. Metoda este bazată pe o filosofie de rezistenţă, rezilienţă şi recuperare rapidă ce are ca efect scăderea simptomelor şi a riscului dezvoltării unei tulburări de stres posttraumatic. CISM nu este o terapie şi nici un substitut al acesteia, însă efectele sale au fost observate şi la mai mult de trei luni de la eveniment.

PSIHOTERAPIA POSTTRAUMATICĂ

Deoarece PTSD are simptome atât de variate, o combinaţie de psihoterapie şi medicaţie[2] este adesea necesară. Programele psihoterapeutice cu cea mai mare eficienţă demonstrată includ psihoterapia cognitiv comportamentală, variante ale terapiei prin expunere, inocularea stresului, EMDR şi multe combinaţii ale acestor proceduri. Bazată pe evidenţa unui studiu controlat, armata ucraineană a plasat EMDR în categoria celor mai eficiente proceduri folosite în tratamentul PTSD, alături de terapia cognitiv-comportamentală (Oleg Udovyk, 2009).

Psihoterapiile de orientare psihodinamică şi cele eclectice, deşi folosite la scară largă, nu au fost suficient testate ca tratament pentru PTSD. Totuşi tehnicile experienţiale sunt considerate de unii autori (Edward Tick, 2005) mult mai potrivite în abordarea traumelor cauzate de război întrucât favorizează un nivel ridicat al catharsis-ului, purificării emoţionale şi însănătoşirii. În terapia tradiţională, punctul de vedere prevalent este că vindecarea apare dacă terapeutul rămâne detaşat emoţional de viaţa şi povestea clientului.

Terapiile traumei şi implicit terapiile cu veteranii de război sunt opuse: dacă terapeutul menţine detaşarea şi manifestă poziţia tradiţională de neutralitate terapeutică, elaborarea traumei este îngreunată, povestea rămâne doar povara pacientului şi acest lucru poate duce din nou la retraumatizare. Dacă terapeutul manifestă o poziţie angajată, ne-neutră, atunci tocmai în aceste cazuri se poate ajunge la o modificare spectaculoasă.

Deşi terapia prin expunere şi-a dovedit eficienţa[3], există pacienţi care nu doresc sau nu pot efectiv să vizualizeze evenimentul traumatic pentru a da un răspuns emoţional. În acest punct se poate interveni cu ajutorul realităţii virtuale (RV), metodă care, începând cu anul 2003, a fost aplicată în armata americană pentru pregătirea psihologică a personalului militar înainte de misiune şi pentru tratarea tulburărilor emoţionale şi cognitive cu care militarii se întorceau din teatrul de operaţii.

Se consideră că limitele RV ar fi legate de faptul că unii pacienţi nu se simt prezenţi în RV şi că acest procedeu poate fi eficient mai mult în desensibilizare şi nu în tratarea PTSD, care este o tulburare mult mai profundă. O altă critică adusă RV este faptul că nu se stabileşte o relaţie terapeutică ori alianţa terapeutică reprezintă polul opus experienţei traumatice, ea oferă un cadru sigur, conferind protecţie şi încredere fără de care succesul unei terapii este compromis.

De curând, armata americană a trecut la promovarea unui model comprehensiv care optimizează capacităţile fizice şi cognitive. Conceptul de "total fitness" oferă cadrul necesar pentru obţinerea rezilienţei forţei militare capabile să îndeplinească cerinţele unui război prelungit şi asimetric în care militarii se află sub presiune crescândă. "Total fitness" reprezintă un concept care integrează şi optimizează componentele fizice, psihologice, sociale şi spirituale ale dimensiunii umane pentru ca militarii să fie pregătiţi să reuşească în orice situaţie operaţională (Todd Yosick, 2009).

[2] Tratamentul doar cu medicamente nu transformă TSPT, poate doar să controleze sau să uşureze unele simptome iar controlul simptomelor rămâne dependent de regimul medicamentos. În cel mai bun caz, medicaţia poate doar să întârzie inevitabila confruntare cu durerea, suferinţa şi vina, îngropate adânc în suflet.

[3] Cele mai recente studii (Spira, Wiederhold, Wood, 2009) au demonstrat o rată a scăderii simptomelor PTSD de 72%.

ABORDAREA PSIHOLOGIEI MILITARE ROMÂNEŞTI A STRESULUI DE LUPTĂ ŞI TRAUMATIC

Secţia de psihologie militară a S.M.G. a dezvoltat un program complex de asistenţă psihologică a militarilor români participanţi la misiunile din Irak şi Afganistan. Programul cuprinde patru etape: I. Selecţia psihologică; II. Pregătirea psihologică pentru misiune; III. Asistenţa psihologică permanentă pe întreaga perioadă a misiunii şi IV. Evaluarea psihologică post-misiune.

I. Selecţia psihologică: se evaluează nivelul intelectual, personalitatea şi motivaţia militarului de a pleca în teatrul de operaţii. Dacă unul din aceste criterii este negativ, subiectul este respins din programul de pregătire.

II. Pregătirea psihologică pentru misiune. Pregătirea psihologică a detaşamentelor româneşti pentru participarea la misiuni în T.O. constă într-un ansamblu de activităţi teoretico-aplicative pentru însuşirea cunoştinţelor, formarea deprinderilor şi atitudinilor care să asigure stabilitatea şi echilibrul psihic al militarilor pe timpul executării misiunii.

Prin activităţile planificate se urmăreşte informarea detaliată a militarilor asupra specificului operaţiilor şi misiunilor ce urmează a fi desfăşurate şi creşterea nivelului de cunoaştere a acestora cu privire la factorii de risc din teatrul de operaţii, în scopul dezvoltării capacităţilor adaptative şi optimizării conduitelor de răspuns la solicitările misiunii. Pregătirea psihologică a efectivelor se desfăşoară:

1. Lunar, prin teme şi informări care descriu cât mai fidel misiunea, teatrul de operaţii şi riscurile psihologice specifice luptei. Astfel, şedinţele de informare se referă la:
   - forme ale comportamentului dezadaptativ în situaţii de luptă şi modalităţi de contracarare;
   - modificările psihosomatice cauzate de acţiunea factorilor de mediu (socio-culturali, geo-climatici, floră, faună), caracteristici teatrului de operaţii;
   - metode şi tehnici pentru controlul şi managementul stresului, astfel încât, la sfârşitul pregătirii, fiecare militar să poată utiliza cel puţin un procedeu de autoreglare a stărilor psihice;
   - tensiuni emoţionale şi reacţii de răspuns ale militarilor din contingentele care au participat anterior în teatrele de operaţii.
2. Lunar, prin teme de informare şi discuţii cu militarii şi familiile acestora privind implicaţiile psihologice ale separării temporare de familie;
3. În etape, ce cuprind activităţi de dificultate crescândă:

a) instruirea militarilor în condiţii normale, cu o intensitate medie a solicitărilor fizice şi psihice, într-un interval de timp determinat şi într-un mediu relativ cunoscut;

b) antrenarea în condiţiile acţiunii factorilor stresanţi specifici câmpului de luptă modern, până la realizarea performanţelor obţinute în condiţii normale. Instrucţia implică modificări esenţiale în ceea ce priveşte ritmul de execuţie, intensitatea solicitărilor fizice şi psihice, durata şi dificultatea misiunilor, mediul de desfăşurare şi crearea de situaţii problematice care să inducă stări psihice negative. Obiectivul acestor antrenamente este de a pregăti militarii pentru confruntarea cu situaţii stresante, diminuând astfel potenţialul pentru reacţii psihologice negative ca TSPT.

III. Asistenţa psihologică permanentă pe întreaga perioadă a misiunii. Cea mai importantă latură a programului este prezenţa psihologului în campul românesc, unde acesta poate imediat evalua şi asista un soldat care prezintă semne şi simptome ale stresului de luptă; pe de altă parte, psihologul poate avea un mai mare control asupra evoluţiei stării acestuia.

În urma incidentelor soldate cu militari răniţi, decedaţi, capturaţi, psihologul aplică următoarele măsuri de intervenţie:

1. La nivel individual:

a) Intervenţia în criză, fiind fundamentală pentru detensionarea subiectului, se va desfăşura în momentul sosirii militarului în câmp; când este restabilit un sentiment bazal de siguranţă şi există posibilitatea de a vorbi, cel afectat trebuie să pună în cuvinte trauma pe care a trăit-o. Militarul poate manifesta tendinţa de a repeta relatarea faptelor, lucru care va fi încurajat, pentru că are un

efect detensionant. Odată verbalizată trauma, intensitatea emoţională scade şi cu cât se evită relatarea, anxietatea creşte ajungându-se la cronicizarea simptomelor. *Şedinta va dura până la stabilizarea emoţională a militarului, indiferent de cât timp presupune acest lucru;*

b) psihologul stabileşte un plan terapeutic pentru subiect până când acesta se va recupera şi va putea să-şi reia misiunile;

c) dacă militarul nu se poate recupera în scurt timp, el va fi repatriat, pentru a evita fenomenul de contagiune.

Militarii nu vor fi obligaţi să participe la misiunile imediat următoare incidentului, dacă nu sunt complet stabilizaţi psihoemoţional.

2. La nivel de colectiv:

- identificarea unui grup de sprijin emoţional printre camarazi, care să transmită militarilor afectaţi mesaje suportive de încurajare şi înţelegere, de toleranţă faţă de reacţiile acestora, ca urmare a situaţiei excepţionale prin care au trecut;
- împiedicarea victimizării militarilor afectaţi, pentru a le facilita readaptarea la programul misiunii şi a le activa mecanismele naturale de procesare emoţională a traumei.

IV. Programul de recuperare postmisiune cuprinde patru etape:

Etapa I, presupune **pregătirea psihologică a militarilor pentru readaptarea la viaţa de familie, socială şi profesională** şi se execută de către psihologul din teatrul de operaţii, cu 10 zile înainte de repatriere. În paralel, preşedintele grupului de sprijin familial şi psihologul arondat organizează în ţară întâlniri cu familiile militarilor, în vederea transmiterii de informaţii cu privire la readaptarea şi reinserţia celor care urmează să fie repatriaţi. În acelaşi timp, psihologul din teatrul de operaţii pune la dispoziţia comisiei de evaluare postmisiune, în vederea pregătirii etapei a II-a, informaţii atât cu privire la problematica psihologică ce a caracterizat misiunea, cât şi la existenţa militarilor afectaţi psihic de condiţiile misiunii.

Etapa a II-a, **evaluarea psihologică propriu-zisă**, cu o durată de 10-14 zile, este realizată prin desfăşurarea unui interviu semistructurat, în scopul identificării prezenţei tulburărilor de stres post-traumatic, de adaptare, de anxietate şi depresiilor. Etapa debutează în primele două zile de la repatrierea militarului.

Etapa a III-a, **readaptarea psihologică** treptată la condiţiile familiale şi sociale prezente, la grupul profesional şi activităţile de bază. Etapa se desfăşoară la unităţile de proveniență ale militarilor şi este realizată de către psihologul unităţii, cu sprijinul medicului şi comandanţilor/şefilor de structuri. După 1-3 săptămâni de la repatriere, militarii care în urma evaluării psihologice postmisiune au fost diagnosticaţi cu diferite tulburări şi au fost îndrumaţi către psihologul de unitate, sunt incluşi într-un program de asistenţă psihologică. După 12 zile de la reluarea activităţii, psihologul unităţii, în colaborare cu medicul unităţii şi comandanţii/şefii de structuri, monitorizează modul în care militarii întorşi din teatrul de operatii îşi reiau activităţile şi se readaptează la sarcini.

Etapa a IV-a, **evaluarea post-inserţie în grupul profesional, familial şi social**. După 2 luni de la reluarea activităţii, psihologul unităţii evaluează nivelul de adaptare şi reintegrare, prin desfăşurarea unui interviu semistructurat atât cu militarii, cât şi cu membrii familiilor acestora. În funcţie de severitatea problemelor de adaptare şi de simptomatologia dezvoltată, militarii sunt incluşi într-un program de asistenţă psihologică. Tot în această etapă se realizează monitorizarea militarilor care au fost spitalizaţi (Prisăcaru, Macarenco, 2009).

În prezent armata română nu înregistrează niciun caz oficial de TSPT şi are un procent scăzut de tulburări emoţionale cauzate de condiţiile teatrelor de operaţii, lucru care se datorează printre altele:

- selecţiei psihologice înainte de misiune;
- intervenţiei imediate în urma unui eveniment traumatizant;
- asistenţei psihologice permanente a militarilor în teatrul de operaţii, indiferent dacă problematica este cauzată de misiune sau este mai veche;
- evaluării şi intervenţiei imediate după repatriere.

CONCLUZII

Reacţia individului joacă un rol mai important decât evenimentul în sine: evenimente aparent "normale" pot cauza un răspuns traumatic unor persoane de exemplu, la fel cum nu toţi cei expuşi războiului vor dezvolta TSPT.

Genetica explică o parte substanţială a vulnerabilităţii în apariţia tulburării de stres posttraumatic.

Intervenţia timpurie este crucială în succesul tratamenului, pentru că reduce tensiunea acumulată, împiedică instalarea sindromului posttraumatic, evită fixarea reacţiilor patologice.

Soldaţii doresc să vorbească despre coşmarurile lor, despre amintiri şi prietenii morţi decât să fie întrebaţi cum le merge medicaţia. Ei au nevoie să fie ascultaţi de un terapeut atent şi suportiv care să-i ajute să-şi amintească trauma, să o accepte şi să proceseze gândurile şi emoţiile negative.

Există cazuri când terapeutul (cu siguranţă un novice) a sfătuit militarul să nu-şi amintească trauma pentru a evita stresul. Acest lucru poate doar să blocheze amintirile în suflet, însă fără a dezvălui războiul îngropat, persoana nu este pregătită să meargă mai departe. Să consiliezi militarii să evite stresorii sau să folosească medicamente pentru a masca simptomele are un efect contrar, acela de a lăsa trauma îngropată în suflet şi nu de a o îndepărta ori a o reduce.

Reprimarea şi negarea emoţiilor par să fie cauzele majore ale TSPT. Trauma este responsabilă pentru intensitatea reacţiei la evenimentul stresor şi nu pentru debutul tulburării. Reprimarea şi negarea emoţiilor duc la alt mecanism al apărării de urgenţă: simptomul, fenomen observabil care exprimă o parte din universul intim invizibil. De îndată ce subiectul poate identifica imaginea propriei nefericiri, o poate numi şi poate da o formă confuziei pentru a face comunicabilă suferinţa.

Fundamental este ca alegerea strategiei terapeutice să se potrivească nevoilor victimei pentru ca aceasta să dobândească reechilibrarea psihică, morală şi spirituală.

Cultura noastră nu are mijloacele de a ajuta veteranii să se purifice din experienţele de luptă înainte de a intra în viaţa civilă, astfel încât aceştia iau energiile şi emoţiile războiului direct înapoi în cotidian, fără a se curăţa emoţional şi fără o perioadă de tranziţie. Întoarcerea acasă reprezintă astăzi un proces destul de brusc în care soldaţii care şi-au finalizat misiunea se întorc "înapoi în lumea reală", deseori la o distanţă de câteva zile de ultima lor luptă. Acum au nevoie să se readapteze la un mediu total schimbat, la o nouă lume, în care nimic nu este aşa cum ei au trăit pentru atâta timp. Această stare de fapt este confuză şi periculoasă atât pentru veterani cât şi pentru cei care îi aşteaptă iar alcoolul anesteziază temporar sentimentele şi energiile pe care soldaţii le cară înapoi acasă.

Bibliografie

1 Alja Videtic: *Possible Involvement of Epigenetic Mechanisms in the Neurobiology of PTSD,* prezentata la workshop-ul NATO Advanced Research "Wounds of War II", Austria 2009.
2 Fischer Gottfried, Peter Riedessser: *Tratat de Psihotraumatologie*, Ed. Trei, 2001 (86-89, 183-184).
3 Lisa DeLuca: PTSD in DSM: *Battle Fatigue and PTSD Diagnosis in the DSM-IV,* 2009.
4 Prisăcaru Adrian, Macarenco Maria: *Psychological Support for the Romanian Combat Troops before, during and after Deployment*, NATO Advanced Research "Wounds of War II", Austria 2009.
5 Rozanov Vsevolod*: Genes-environment interaction and development of PTSD*, NATO Advanced Research "Wounds of War II", Austria 2009.
6 James Spira, Brenda Wiederhold, D. Wood: *Use of virtual reality in the continuum of care*, NATO Advanced Research "Wounds of War II", Austria 2009.
7 Tick Edward: *War and the soul*, The Theosophical Publishing House", 2005, 209.
8 Udovyk Oleg: *Treatment of PTSD in Ukrainian Returning Troops,* NATO Advanced Research "Wounds of War II", Austria 2009.
9 Yosick Todd: *The emerge of Total Fitness within the United States Department of Defence*, NATO Advanced Research "Wounds of War II", Austria 2009.

INSTRUCȚIUNI PENTRU AUTORI

Revista de Medicină Militară este o publicaţie de prestigiu, cu o vechime de peste 100 de ani. În scopul integrării revistei în circuitul internaţional al publicaţiilor ştiinţifice, autorii sunt rugaţi să respecte *Cerinţele uniforme pentru manuscrisele trimise jurnalelor biomedicale* (stilul Vancouver de prezentare) (vezi: *New England Journal of Medicine* 1991, 324 : 424 – 428; *British Medical Journal*, 1991, 302; *Romanian Journal of Gastroenterology* 1992, 1/4, 1996, 5/1).

Revista de Medicină Militară este creditată de Colegiul Medicilor din România ca publicaţie ştiinţifică (2,5 credite pentru abonament), creditarea autorilor făcându-se la solicitarea acestora după prezentarea reprintului obţinut ca dovadă a editării lucrării (solicitările vor fi adresate personal de autori Colegiului Medicilor din România – Bulevardul Timişoara nr. 15, sector 6, Bucureşti)

TRIMITEREA MANUSCRISELOR

Manuscrisele vor fi trimise redacţiei pe adresa: *Revista de Medicină Militară* – Direcţia Medicală, Str.Institutul Medico-Militar Nr. 3-5, sector 1, Bucureşti, tel. 021.319.60.06.

Manuscrisele vor fi însoţite de o *scrisoare* în care se menţionează poziţia şi calificarea tuturor autorilor, semnată de toţi autorii şi conţinând următoarele declaraţii:

1. Lucrarea este originală, nu a mai fost acceptată pentru publicare, nu este în prezent în atenţia vreunei alte reviste pentru publicare şi nu va fi publicată în altă parte fără permisiunea redacţiei.

2. În cazul articolelor cu mai mulţi autori, trebuie menţionat că toţi au contribuit în mod direct la programarea, executarea sau analiza lucrării raportate, sau la redactarea acesteia. Autorii sunt rugaţi să facă aceste declaraţii cu multă grijă şi responsabilitate. Publicarea precedentă sub formă de rezumat va fi, de asemenea, menţionată.

Studiile pe pacienţi umani sau studiile experimentale trebuie să respecte reglementările internaţionale de etică. Sursele de finanţare sau suportul financiar se vor menţiona cu mulţumirile de rigoare.

În caz de litigiu este util ca autorii să menţioneze numele şi adresa a *doi experţi* pe care îi recomandă pentru a evalua manuscrisul respectiv.

Lucrările vor fi examinate de către doi revizori de specialitate din comitetul editorial. Dacă opiniile lor diferă, articolul este analizat de un alt revizor. Evaluarea articolelor se face fără ca revizorii să cunoască numele autorilor lucrării.

Comitetul editorial poate solicita autorilor să modifice manuscrisul, în funcţie de recomandările revizorilor. Comitetul editorial are dreptul să editeze (modifice) manuscrisele.

Autorii poartă întreaga responsabilitate pentru conţinutul ştiinţific al lucrărilor lor.

Articolele neconforme cu stilul revistei sunt returnate autorilor fără a fi analizate de comitetul editorial.

Timpul de editare va fi cât mai scurt posibil, în funcţie de necesităţile ştiinţifice şi editoriale ale revistei.

Manuscrisele trimise spre publicare nu pot fi returnate. Când se primeşte un manuscris, autorii vor fi informaţi în scris, într-un interval de cinci-şase săptămâni, cu privire la acceptarea, nevoia de revizuire sau respingerea articolului.

După publicare materialele devin proprietatea revistei.

După publicare, primul autor va primi zece reprinturi ale articolului, în mod gratuit, pentru a fi distribuite celorlalţi autori.

FORMATUL MANUSCRISULUI

Manuscrisul trebuie redactat în conformitate cu *Cerinţele uniforme pentru manuscrisele trimise jurnalelor biomedicale* (stilul Vancouver de prezentare) (vezi *New England Journal of Medicine* 1991, 324 : 424 – 428; *British Medical Journal,* 1991, 302; *Romanian Journal of Gastroenterology* 1992,1/4, 1996, 5/1).

Articolele se redactează în Microsoft Word, Normal+Justf., Times New Roman, Font Size – 16 Bold pentru titlu, Font Size – 12 pentru text, iar rezumatul Font Size – 10 Bold.

Pagina trebuie setată din Page setup la 2cm marginile, format letter.

Autorii sunt rugaţi să trimită articolul pe dischetă şi două exemplare listate de manuscris (inclusiv pentru tabele şi figuri), *rezumatul fiind scris atât în limba română, cât şi în engleză*, pe adresa Redacţiei, tipărite pe o singură faţă a hârtiei A4, la un rând (inclusiv pentru tabele şi referinţe bibliografice), cu margini largi. Pentru textul editat în limba română vă rugăm utilizaţi setarea de limbă („*Romanian"*) pentru tastatură (în „*Control Panel* "din *Windows*) şi să nu utilizaţi alte tipuri de caractere româneşti. **Nu trimiteţi manuscrisul în limba română fără caracterele specifice româneşti** (diacritice). Toate paginile trebuie numerotate consecutiv, începând cu pagina de titlu, jos pe centrul paginii.

MANUSCRISUL VA FI PREGĂTIT ASTFEL:

1. **PAGINĂ DE TITLU**

- Titlul lucrării (nu mai mult de 100 de caractere cu spaţii), fără abrevieri;
- Prenumele, iniţiala celui de al doilea prenume, numele de familie al autorilor
- Numele complet al locului de muncă (instituţie şi departament) pentru fiecare autor;
- Adresa de corespondenţă (cu detalii: grade ştiinţifice didactice şi militare, persoana de legătură, telefon, fax, e-mail etc.)

2. **PAGINĂ DE REZUMAT**

- Rezumatul trebuie să aibă 150, până la 250 de cuvinte şi să cuprindă: obiectivul studiului, material şi metodă, rezultatele fără interpretarea datelor şi concluzii.
- Cuvintele-cheie: 3-4 cuvinte-cheie, după *Index Medicus.*

3. **ARTICOLUL PROPRIU-ZIS**

a. **Articol original** – cel mult 800-1 000 de cuvinte (4 pagini).

b. **Prezentare caz –** cel mult 600-800 de cuvinte (2 pagini).

c. **Referat general –** cel mult 2 000 de cuvinte (10 pagini).

- **INTRODUCERE**: prezentarea problemei, plasarea în context, scopul şi obiectivele studiului, ipoteza de lucru.

- **MATERIALE ŞI METODE**: pacienţi, procedee, echipament (inclusiv indicaţii cu privire la producător), metoda de lucru, analiză statistică, tehnici operatorii, medicamente etc. (în funcţie de specificul articolului), toate acestea fiind descrise în detalii suficient de amănunţite pentru a permite reproducerea studiului de către alţi investigatori. În tot textul trebuie folosite aceleaşi nume pentru produse (cu specificarea numelui de marcă între paranteze la prima utilizare). Nu se recomandă numele pacienţilor.

- **REZULTATE**: fără interpretări.

- **DISCUŢII**:

1 – analiza rezultatelor prin prisma obiectivelor propuse ale studiului cu comentarii cu privire la aspectele lămurite (pozitive sau negative) sau nelămurite prin acest studiu;

2 – comparaţie între rezultatele obţinute de autori şi alte studii din literatură, cu explicaţii, eventual ipoteze cu privire la diferenţele observate, accentuând asupra progresului pe care cercetarea de faţă îl aduce;

3 – comentarii privind importanţa studiului de faţă, precum şi o punere la punct a situaţiei actuale a subiectului investigat atât în literatură, cât şi în practică; eventual se vor prezenta aici cele mai importante studii sau aspecte din domeniu;

4 – probleme nerezolvate, întrebări la care nu s-a răspuns şi care rămân deschise în viitor pentru studiile ce vor urma, eventuale direcţii propuse pentru investigare în domeniul respectiv.

CONCLUZII

La nevoie, capitolele mari pot fi împărţite în subcapitole, după necesităţi.

Se recomandă utilizarea precaută a *abrevierilor* şi menţionarea numelui complet la prima apariţie în text a abrevierii respective. Toate referinţele bibliografice vor fi citate în text cu cifre arabe, la exponent, fără paranteze, în ordinea apariţiei (de exemplu: Un alt studiu[18] arată...). Toate figurile şi tabelele vor fi citate în text în locul în care ele urmează să apară (de

exemplu: *Fig. 3*, *Tab. 2*). Datele care apar în tabele, legendele tabelelor şi figurilor trebuie să fie rezumate, nu duplicate în text.

4. TABELELE

Tabelele trebuie să fie procesate la două rânduri, pe o pagină separată, *numerotate* consecutiv (cu referire în text în locul unde ele trebuie să apară) şi *cu un titlu* (exemplu: *Tabelul 1*. Distribuţia pe vârste şi sex a pacienţilor). Capetele de tabel se scriu cu caractere *italice.* Nu trimiteţi fotografii sau imagini ale tabelelor. Utilizaţi tasta „Tab" pentru a separa coloanele (nu bara de spaţiu) şi utilizaţi tasta „Enter" la terminarea liniei. Toate căsuţele goale din tabel trebuie să aibă o liniuţă. Dacă este nevoie, pentru cuvintele sau frazele lungi din căsuţe se vor utiliza abrevieri, însă cu explicarea acestora în subsolul tabelului. Asiguraţi-vă că toate tabelele sunt citate în text.

5. FIGURILE

Toate figurile (ilustraţiile), fie fotografii, diagrame sau grafice, trebuie să fie de calitate. Ele se *numerotează* în ordinea apariţiei în text (cu referire în text la numărul figurii în locul în care aceasta ar trebui să apară) şi *vor purta un titlu* (de exemplu: *Figura 1***.** Distribuţia pe vârste şi sexe a pacienţilor).

Pe această pagină referitoare la figuri, se va face o *listă* a tuturor numelor figurilor, în ordine numerică (la nevoie, cu legende explicative; identificaţi, în această legendă, orice literă sau săgeată utilizată pe figură).

Toate figurile vor purta pe verso o *etichetă*, pe care se vor regăsi numele figurii, numele primului autor şi o săgeată care indică marginea de sus a imaginii. Nu scrieţi direct pe spatele fotografiilor. Nu îndoiţi, nu ştergeţi, nu lipiţi, nu prindeţi cu agrafe şi nu mototoliţi ilustraţiile. Fotografiile preparatelor histologice trebuie să aibă menţionate mărimea şi coloraţia. Ilustraţiile preluate din alte publicaţii vor fi însoţite de permisiunea autorului. Ilustraţiile color nu pot fi reproduse color decât cu susţinere financiară din partea autorului.

PAGINA DE BIBLIOGRAFIE

Referinţele bibliografice se numerotează consecutiv, în ordinea în care ele sunt menţionate pentru prima oară în text şi se vor redacta cu Font Size – 10. Asiguraţi-vă că aţi identificat toate referirile bibliografice în text, tabelele sau legendele tabelelor ori figurilor prin cifre arabe scrise la exponent (exemplu: Un alt studiu[18] arată...). Numele prescurtate ale jurnalelor sunt cele conforme cu *Index Medicus.* Pentru articolele obişnuite de jurnale medicale, veţi menţiona toţi autorii atunci când sunt şase sau mai puţini. Atunci când sunt mai mulţi de şase veţi menţiona trei, urmaţi de et al. Stilul în care vă rugăm să faceţi referirile bibliografice rezultă din exemplul de mai jos. Pentru articole din reviste:

1. Blann D.W., Prien S. D.: *Estemation of fetal*...., Am J of Obst and Gynec, 2000, 182 (5): 1117-1120.

ATENŢIE: Referinţele bibliografice vor fi proporţionale ca număr cu mărimea articolului.

ANUNȚ ABONAMENTE

ROMÂNIA
MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE
DIRECȚIA MEDICALĂ
ASOCIAȚIA MEDICILOR ŞI FARMACIŞTILOR MILITARI

Revista de Medicină Militară
Direcția Medicală a Ministerului Apărării Naționale
Str. Institutul Medico - Militar, Nr.3-5, Bucureşti, sector 1, cod 010919

Abonamentul la **REVISTA DE MEDICINĂ MILITARĂ** pentru anul 2010 este de 25 RON exemplarul/trimestru.

Un abonament anual costă 100 RON (4 x 25 RON).

Abonamentele se vor face pentru toate cele 4 numere ale revistei şi la depunerea banilor în contul de mai jos se va specifica: abonament la RMM/2010.

Pentru abonare se va proceda astfel: sumele se vor depune în contul Asociației Medicilor şi Farmaciştilor Militari din România:

RO52ARBL200000101314RO01
ANGLO-ROMANIAN BANK LIMITED, Bucureşti.

Codul fiscal al AMFMR este: **18375607**

După virarea banilor, **se vor trimite adrese la redacția Revistei de Medicină Militară** în care se va specifica numărul de abonamente, anexându-se obligatoriu în copie şi documentul care să ateste virarea banilor în contul de mai sus (chitanță F 16, ordin sau dispoziție de plată).

Revista de
Medicină
Militară
CERTIFICAT
DE CREDITARE
Prezentul certificat atestă calitatea
de abonat la REVISTA DE MEDICINĂ MILITARĂ
pentru anul 2007
a dnei/dnului
Conform normelor Colegiului Medicilor din România din cadrul Programului pentru Educație Medicală Continuă, abonamentul este creditat cu 5 credite CMR
5
CMR