

*La Mulți Ani 2012!*



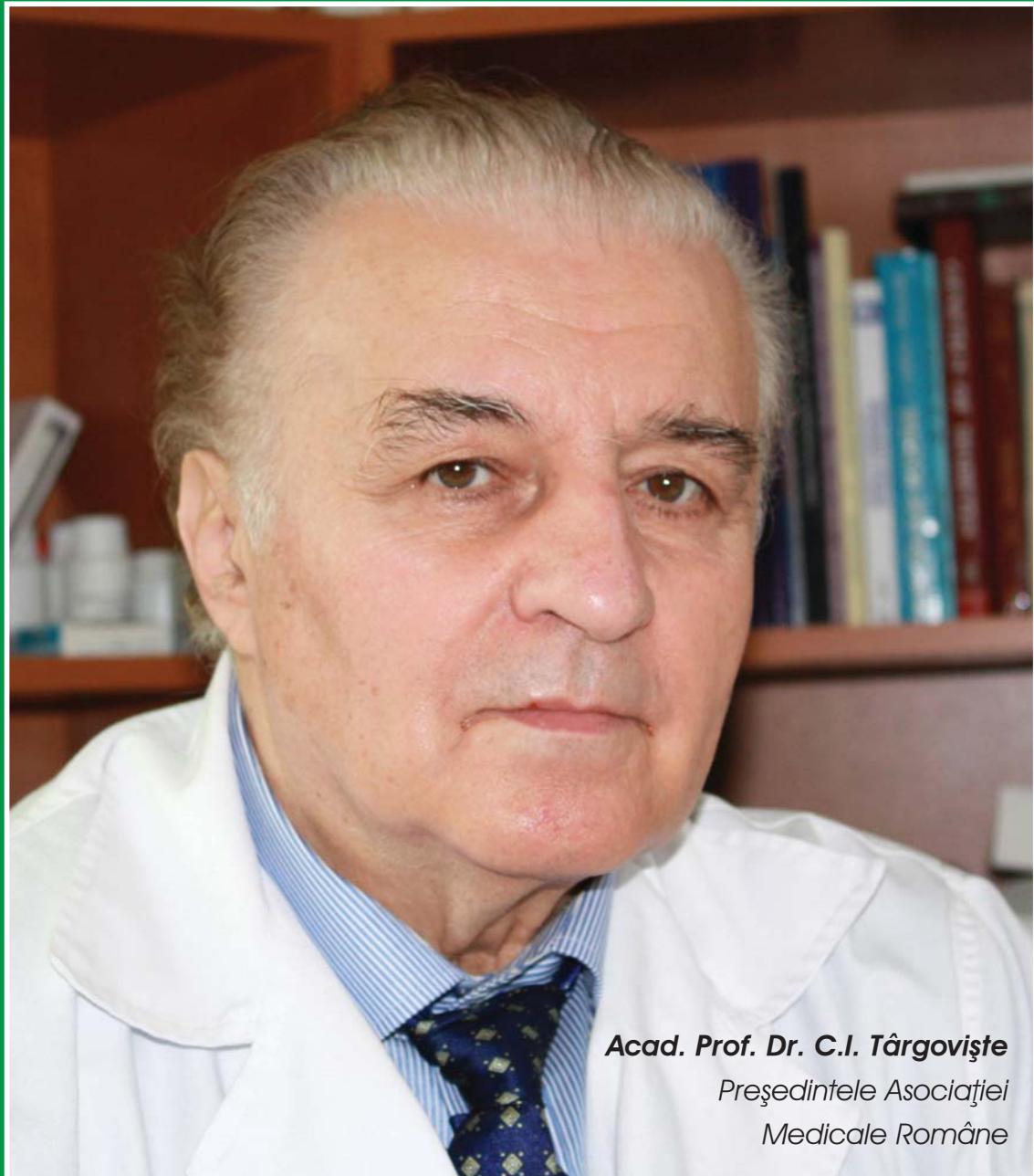
145

**FIN  
WATCH**

# săptămâna **MEDICALĂ**

An VI • Nr. 145/14 decembrie

[www.saptamanamedicala.ro](http://www.saptamanamedicala.ro)



**Acad. Prof. Dr. C.I. Târgoviște**

Președintele Asociației  
Medicale Române



# Natural Pharmaceuticals



**FEROVIT Natural/Sirop - Flacoane 100 ml**  
Contine: Fier 5mg, Vitamina B1 1mg, Vitamina B2 1mg, Vitamina B6 0.5mg, Vitamina B12 1mcg, Vitamina PP 5mg, Vitamina C 5mg la fiecare 5ml (o lingurită).



**CALCIU Natural Sirop - Flacoane 150 ml**  
Contine: Calciu (lactat) 110mg, Vitamina D3 400UI (10mcg), Vitamina B12 400UI (10mcg) la fiecare 5ml (o lingurită).



**CAL D3 Natural Sirop - Flacoane 150 ml**  
Contine: Calciu (lactat) 110mg, Vitamina D3 400UI (10mcg) la fiecare 5ml (o lingurită).



**Vitamina D3 Natural/Picături - Flacoane 10 ml**  
Contine: Vitamina D3 100UI la fiecare picătură



**Vitamina C Natural/Picături - Flacoane 15 ml**  
Contine: Vitamina C hidrosolubilă 2.5mg la fiecare picătură



**MULTIVIT Natural Sirop - Flacoane 150 ml**  
Contine: Vitamina A (retinol) (600UI) 180mcg, Vitamina B1 0.25mg, Vitamina B2 0.25mg, Vitamina B6 0.25mg, Vitamina C 25mg, Vitamina D3 (100UI) 2.5mcg, Vitamina E 2mg, Vitamina PP 2.5mg, Calciu (din Citrat de Calciu) 3.3mg la fiecare 2.5ml (o lingurită).

**CAL DB12 Natural Sirop - Flacoane 100 ml**  
Contine: Calciu (lactat) 110mg, Vitamina D3 400UI (10mcg), Vitamina B12 400UI (10mcg) la fiecare 5ml (o lingurită).



Natural Pharmaceuticals Suplimente Srl  
Bucureşti, România, B-dul C. Coposu nr. 4, sector 3  
Tel: 021 320 0595, Fax: 021 326 8025



ISO 9001 Certificat nr. 67 / 26.06.2010

## CUPRINS

Editorial	1
Ştiri	2
Opinie medic	3
Jurnal de sarcină	4
Punct de vedere	5
Recomandări medicale	6
Endocrinologie	6
Reumatologie	8
Nutriție	9
Estetică	12
Recuperare medicală	14
Pediatrie	15
Investigații medicale	18
Nefrologie	20
Alergologie	22
Pneumologie	24
Osteoartrologie	25
Urologie	26
O.R.L.	28
Cazuri clinice	30
Terapii naturale	31
Poșta redacției	32

**EDITOR** Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3,  
sc. 3, parter, 030775, sector 3,  
Bucureşti  
Tel: 021.321.61.23  
Fax: 021.321.61.30  
redactie@finwatch.ro  
P.O. Box 4-124, 030775  
Tiraj: 25.000 ex.  
ISSN 2067-0508

Tipar: RH Printing

# De sărbători, să ne ferim de excese!

**O**dată cu sărbătorile de iarnă au sosit primele 203 ambulanțe din cele 1250 pe care Ministerul Sănătății intenționează să le achiziționeze în următorii 4 ani pentru reînnoirea parcului auto al serviciului public de ambulanță și SMURD, o investiție de aproape 70 de milioane lei.

Cu această ocazie urmează să fie înființat serviciul SMURD în 6 județe unde acesta nu există încă, respectiv Gorj, Covasna, Sălaj, Tulcea, Teleorman, Caraș Severin. De asemenea, utilitare nou achiziționate vor intra în dotarea unor echipaje speciale, cu timp de reacție rapidă, care vor opera în zonele izolate și greu accesibile, în județele unde există servicii SMURD.

Astfel, 70 de ambulanțe tip B 4x2 sunt destinate serviciilor de ambulanță, iar 23 de autovehicule de tip C vor fi repartizate către unitățile SMURD (6 buc) și serviciile de ambulanță (17 buc).

Ambulanțele de tip B și C sunt autospeciale utilizate pentru intervențiile de urgență, sunt echipate corespunzător pentru aceste intervenții și sunt utilizate de echipaje instruite în medicina de urgență și prim ajutor.

Ambulanțele și autospecialele de intervenție care intră în funcțiune în această lună, precum și cele care urmează să fie achiziționate vor avea menirea să înlocuiască în mod treptat ambulanțele învechite.

Deși Ministerul Sănătății a asigurat deci baza materială pentru a putea fi rezolvate cu promptitudine urgențele medicale, este preferabil să evităm riscurile specifice sezonului, provocate de frig și abuzul de alimente și băuturi. Pentru că echipajele care vor lucra pe aceste autospeciale, acolo unde există deja personal calificat, nu au avut când să urmeze instructajele necesare și să facă și puțină practică. Această practică este deosebit de utilă pentru realizarea unui serviciu medical de urgență performant, în care acțiunea factorului uman este decisivă. Cu atât mai rea este situația în cele 6 județe menționate, în care deși s-au cumpărat mașinile salvării încă nu s-au înființat și organizat serviciile propriu-zise, deci acolo dubițele vor sta în garaj până după Sf. Ion.

Urăm deci cititorilor noștri (și tuturor celorlalți) Sărbători fericite și fără „evenimente” medicale iar Noul An 2012 să vă aducă multe bucurii!

# MedLife a deschis primul spital privat de ortopedie și traumatologie din România



Noul spital este rezultatul unei investiții de 8,5 milioane de euro și oferă servicii integrate de ortopedie: consultații de specialitate în regim de ambulatoriu și spital, intervenții chirurgicale, servicii de imagistică și laborator, precum și servicii de kinetoterapie și recuperare medicală.

Desfășurat pe trei niveluri și o suprafață de 2000 mp, spitalul include ambulatoriu de specialitate, departament de imagistică și radiologie me-

dicală, bloc operator cu 3 săli de operație, secție de ATI cu 2 compartimente (septic și aseptic), unitate de primiri urgențe care va asigura funcționarea spitalului 24/24 ore, departament de kinetoterapie și recuperare medicală, laborator pentru analize de urgență, precum și rezerve a câte 1 și 2 paturi, capacitatea totală a spitalului fiind de 45 de paturi.

Echipa Spitalului numără 80 de angajați, în special medici și asistente medicale.

## Învinge frigul cu un alt fel de frig

**„Aerocrioterapia este o metodă ce constă în răcirea simultană a întregii suprafete a corpului uman, în mediu gazos, la o temperatură foarte scăzută (-120° până la -180°C). Această terapie este parte a medicinii integrative și este destinată corectării tulburărilor funcționale și astfel, prelungirii vieții. Aerocrioterapia determină un lanț de reacții de apărare, dar fără a suprastimula mecanismele de termoreglare ale organismului. Răspunsul terapeutic apare prin mai multe mecanisme: stimularea sistemului adrenal, stimularea funcției lobului anterior al hipofizei, intervenția sistemului neuropeptidelor și formării endorfinelor endogene”** a spus Dr. Raluca Țugui, medic specialist recuperare, medicină fizică și balneologie, în cadrul clinicii Bio Terra Med.

Deși poate părea incredibil, **organismul nu îngheată la aceste temperaturi**. În primul rând, pentru că **timpul petrecut în criosaună este foarte scurt** (120-180 secunde), în al doilea rând, pentru că **temperaturile scăzute sunt obținute gradual, în mod controlat**. Sunt eliberăți vaporii de azot lichid pentru 2-3 secunde, apoi urmează o pauză de 40-60 secunde, în care organismul cedează căldură și se adaptează cu noua temperatură. Acest ciclu se repetă de câteva ori până la terminarea celor 180 de secunde. Temperatura internă a organismului nu este afectată, doar temperatura pielii scade până la 0°C. În plus, **frigul din criosaună este uscat, nu este același frig pe care îl simțim în timpul iernilor geroase**, cu acele senzații de "înțepături".

## Un nou centru de îngrijiri paliative va fi înființat în București

**Hopsice Casa Speranței**, o organizație ne-guvernamentală înființată la Brașov de către Graham Perolls

Organizația a anunțat în cadrul unei conferințe de presă începerea construcției primului Centru de Îngrijire Paliativă cu profil clinic și educațional din Capitală, construcție ce va demara în anul 2012 în sectorul 2 și va fi finalizată în vara anului 2013.

„După multe eforturi și o campanie sistematică de strângere de fonduri, Casa Speranței este o investiție strategică în omenire, una dintre cele mai importante investiții britanice în România în ultimii 20 de ani. România este, la ora actuală, lider în îngrijirile paliative în Europa de Est. Indicatorii demografici arată că numărul persoanelor care au nevoie de astfel de îngrijiri este în creștere. Sper ca noul centru să dă o șansă celor în suferință. Mă bucur pentru sprijinul venit din partea autorităților“, a explicat Martin Harris, Ambasadorul Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

## Sănătatea a devenit o mare afacere!



**Acad. Prof. Dr. C.I. Târgoviște**  
Președintele Asociației Medicale Române

La început medicina o făcea medicul. Nu exista nimic interpus între acesta și pacient.

Chinezii aveau o practică interesantă. Unui medic i se arondau 20 de familii și era plătit cu obligația să țină sănătoși membrii acestor familiilor. Dacă pacienții se îmbolnăveau, atunci medicul trebuia să le plătească medicamentele, aceasta era înțelegere. În aceste condiții, este clar că interesul medicului era să-și țină sănătoși pacienții pentru că dacă vreunul i se îmbolnăvea, el suporta cheltuielile medicale pentru vindecare.

Mai târziu, între medic și pacient au intervenit comercianți: producătorii de medicamente, societățile de asigurări, cabinetele de avocatură. Uneori medicul nu mai poate vedea pacientul și pacientul nu mai poate vedea medicul. Pacientul stă în cabinet mai puțin și este consultat mai sumar. Este în schimb trimis să facă câte o investigație extrem de scumpă, de exemplu un RMN și i se pune acolo diagnosticul, fără să-l mai vadă medicul clinician.

Medicina s-a modificat profund. Eu cred că un medic bun poate să facă cât 10 laboratoare dacă i se dă timp să consulte și să urmărească cu grijă starea bolnavului și, numai dacă este cazul, să-l îndrumă către un medic de specialitate, funcție de situație. Sper să se revină la vechea relație medic-pacient, dar pentru asta trebuie poate o revoluție.

Statele Unite nu dau un bun exemplu în ceea ce privește stilul de tratament. Acolo se cheltuie anual peste 130 milioane de dolari numai pentru diabet. Sănătatea a devenit o mare afacere, nu mai este doar medicină, pentru că miliardele acelea întrețin activități colaterale care cele mai multe nu au legătură cu medicina.

Cetățeanul care e conștient că sănătatea e pe primul plan își face o asigurare și în loc să se fi dus la un medic bun practician care să-i fi rezolvat problema, acum călătorește prin diferite laboratoare și face teancuri de analize pe care nimeni nu mai are timp să le citească pentru că ar trebui să-l mai și consulte un medic.

Reforma ar trebui să pornească din domeniul medical, dar toți sunt perverși de sistemul în care trăiesc pe fondul unei remunerări jignitoare și nedemne. Din păcate, apostolatul medical a devenit o raritate. Asta este situația în care se află medicina la noi, (in)justiția fiind buba cea mai gravă a societății.

## Greutatea și sarcina

**Sarcina este cea mai frumoasă perioadă din viața unei femei, un fenomen fizologic absolut normal pentru femeile aflate la maturitate, chiar dacă se produc modificări majore în organism.**



Pentru a vă acomoda mai ușor la schimbările apărute, vă recomandăm să combinați o **dietă echilibrată** cu practicarea **exercițiilor fizice** adaptate fiecărei luni de sarcină. Acestea vă vor ajuta să aveți o creștere ponderală corespunzătoare perioadei de sarcină (**1-1,5 kg/lună**).

Deși o creștere de peste 10-12 kg a greutății totale (3 kg bebelușul, 0,5 kg placenta, 1,5 kg lichidul amniotic, 2,5 kg edeme, 2 kg grăsimea mamiei, 1,5 kg masa sanguină) o reprezintă surplusul cu care va rămâne viitoarea mămică, o cură de slăbire este absolut contraindicată în această perioadă.

Dieta femeii însărcinate trebuie să fie echilibrată, bogată în proteine (adaptată la nevoile crescute) și să respecte un raport glucide/lipide (fructele în locul dulciurilor concentrate, uleiul de măslini în defavoarea untului), având un surplus de **200-300 calorii/zi**.

Nu trebuie să vă lipsească alimentele bogate în acid folic, cum ar fi sucul de portocale, căpsune, spanac, broccoli, fasole și cereale. Se pot lua și suplimente nutritive (vitamine și minerale, dar se va evita abuzul). Pentru a preveni malformațiile congenitale este bine să luați, atât înainte cât și în timpul sarcinii, **acid folic**. Suplimentele nutritive prenatale trebuie să conțină cel puțin 400 de micrograme de

acid folic. Se recomandă ca ingestia de alimente să fie în cantități rezonabile, la mese regulate și fiecare masă să fie savarată.

Tendința de creștere exagerată a greutății poate fi opriță prin practicarea regulată a exercițiului fizic, dacă nu există contraindicații medicale (cum ar fi placenta praevia, serclajul colului uterin, hipertensiunea arterială). Exercițiile vor fi efectuate sub îndrumarea atentă a unui **kinetoterapeut**.

Gimnastica prenatală efectuată în mod regulat are ca rezultate:

- **controlul greutății**
- **prevenirea durerii de spate din timpul sarcinii**
- **ameliorarea piciorului plat**
- **o oxigenare adecvată a fătului prin efectuarea corectă a tehnicilor de respirație**
- **prevenirea constipației**
- **scăderea edemelor la membrele inferioare**
- **prevenirea apariției varicelor**
- **îmbunătățirea tonusului fizic și psihic**
- **revenirea mai rapidă a organismului după naștere.**

Exercițiile fizice și alimentația echilibrată sunt deosebit de importante pentru ca femeia însărcinată să poată face față tuturor solicitărilor și modificărilor la care este supus organismul ei. De fapt, acestea sunt benefice atât pentru femeia care a fost activă înaintea sarcinii, cât și pentru cea sedentară.

■ **Andreea Manea**

Kinetoterapeut Educator Prenatal  
Lamaze International  
Consilier în alăptare  
în curs de certificare Internațională

## Schimbarea culorii ochilor - de la ficțiune la realitate -

**Partea estetică devine din ce în ce mai importantă în epoca modernă, iar știința medicală joacă un rol foarte important când vine vorba despre remodelare corporală sau, în cazul nostru, oculară.**



Operația de strabism și operația de reducere a dioptriilor (prin Laser Excimer) pot fi niște exemple răsunătoare ca operații în scop estetic.

Se poate schimba culoarea ochilor?

De multe ori i se adreseză medicului oftalmolog întrebarea respectivă. Răspunsul poate fi, în viitorul apropiat: DA, printr-o intervenție chirurgicală.

Este o alternativă pentru cei care apelează la lentile de contact cosmetice din considerente estetice.

Denumirea metodei - inventia doctorului Gregg Homer -, este „Lumineyes“. Este vorba despre un LASER reglat la o anumită frecvență, care îndepărtează pigmentul maro, melanina din stratul superior al irisului, iar culoarea dorită (de obicei, albastră) apare în următoarele 2-3 săptămâni.

Lumea științifică privește cu scepticism noua metodă. Pot apărea complicații pe termen scurt sau lung? Este întrebarea cea mai frecventă. Primele remarci în această privință pot fi:

- Procedura este netestată în timp;
- Metoda este ireversibilă, pentru că țesutul maro nu se poate regenera.

Pot fi reacții adverse:

- Risc de glaucom secundar, prin dispersia pigmentului irian în camera anterioară;
- Risc de scădere a acuității vizuale, prin lezarea endoteliului cornean și depozitarea pigmentului în partea posterioară a corneei.

Este adevărat faptul că orice metodă se perfecționează în timp și orice invenție se contestă la început. Timpul și practica medicală ne vor arăta viitorul și aplicabilitatea metodei.

■ **Dr. Grigoris Triantafyllidis**

Medic specialist oftalmolog

Clinica de oftalmologie AMA OPTIMEX

[www.amaoptimex.ro](http://www.amaoptimex.ro)

Tel: 021.211.16.22; 021.610.36.17

# Totul despre tiroidă sau cum să previi bolile tiroidiene

**Tiroida** este o glandă endocrină, în formă de fluture, situată în zona cervicală anteroară, deci la nivelul gâtului, deasupra manubriului sternal, între cei 2 mușchi sternocleidomastoidieni.

În secolul XVII s-a introdus termenul de tiroidă plecând de la faptul că ea a fost asociată cu un scut al gâtului (în limba greacă scutul este numit *Thyreos*), dar ulterior s-a dovedit că, prin funcționalitatea sa, poate fi considerată un scut al normalității în organism.

**Hormonii tiroidieni** sunt necesari oricărui proces ce se derulează în organism. Pornind de la creștere,

hormonii tiroidieni sunt responsabili pentru apariția nucleilor de osificare, sunt răspunzători de termoreglarea organismului (produc căldură), sunt cei care diferențiază sistemul nervos și au un rol major în metabolisme (glucidic, lipidic, proteic etc).

Aproape un miliard de celule poartă numele de foliculi tiroidieni - care sunt sediul biosintezei hormonilor tiroidieni -, iar orice afectare a funcționalității acestor foliculi poate duce la insuficiența hormonilor tiroidieni. Tiroida nu este autonomă în organism și nu lucrează solitar; de aceea avem un întreg sistem de reglare (numit mecanism de feed-back) între encefal, hipofiză și tiroidă.



**Prof. Dr. Constantin Dumitracă**

Medic Primar  
Endocrinologie  
Doctor în Științe Medicale  
Clinica Grail Medical  
Colentina 2

## Cele mai întâlnite boli ale tiroidei

■ **Insuficiența tiroidiană (hipotiroidismul)** apare atunci când glanda tiroidă produce insuficiență hormonală tiroidienă. Boala poate să apară oricând pe cursul evoluției unui om (congenital, în copilărie sau la maturitate); de aceea trebuie luate măsuri încă din fazele incipiente. Pentru copiii trebuie făcute controale periodice la medicul specialist, deoarece boala poate să apară fără simptome anterioare. Sunt o serie de boli care se pot asocia cu insuficiența tiroidiană, dar prin leziuni la nivelul hipofizei sau hipotalamusului.

**Sимptome ale hipotiroidiei:** constipație, piele uscată, creșterea în greutate deși pacientul nu are poftă de mâncare, dureri musculare și articulare, întârzieri menstruale sau cu flux abundant, depresie, gândire și vorbire lentă, somnolentă, scădere capacitate de memorare, adaptabilitate scazută la frig etc.

## Cauze ale hipotiroidiei

- inflamație cauzată de sistemul imunitar (tiroïdita autoimună/Hashimoto);

- în urma unei intervenții chirurgicale parțiale, partea de glandă rămasă nu produce suficiență hormonală tiroidienă;

- în urma tratamentului cu iod radioactiv, în cazul gușei sau al altor boli ale tiroidei, se distrug prea multe celule (foliculi tiroidieni).

## ■ Excesul de hormoni tiroidieni (hipertiroidismul)

apare atunci când glanda tiroidă pune în circulație o cantitate mai mare de hormoni tiroidieni. Poate fi antrenată în acest proces întreaga glandă sau o formă tumorala localizată într-o anumită zonă a tiroidei (adenomul toxic). Dacă în cazul insuficienței tiroidiene totul "evolvează încet", în cazul hipertiroidismului totul "evolvează rapid și agresiv".

## Manifestări și simptome pentru hipertiroidie

- la nivelul aparatului cardiovascular se manifestă prin tulburări de ritm cardiac, creșterea numărului de bătăi pe minut (tahicardie), bătăi cardiaice rapide și neregulate (fibrilație), bradicardie (ritm cardiac lent);

- pulmonar se manifestă prin creșterea numărului de respirații pe minut (creșterea de la 18 respirații în medie la peste 25 pe minut);

- la nivelul tubului digestiv, tranzitul devine accelerat și se manifestă prin scaune frecvente, dar nu diareice, ci prin scaune neformate frecvente (5-7/zi);

- tegumentele sunt subțiri, umede, chiar excesiv de umede din cauza efectului calorigen pe care îl au hormonii tiroidieni, iar pe corp rămân urme ușoare



din cauza vasodilatației periferice (dermografism accentuat);

- neuropsihic se manifestă prin agitație, insomnie, tremurături ale membelor, iar în cazul bolii Graves Basedow (gușă exoftalmică) se adaugă modificări oculare, cea mai evidentă fiind "ochii holbați" (protruzia globilor oculari);
- scăderea rapidă în greutate, chiar dacă pacientul are poftă de mâncare și mânâncă (uneori peste medie).

Atunci când pacientul manifestă una sau mai multe dintre aceste simptome clinice, trebuie să meargă la medicul endocrinolog (mulți pacienți se duc direct la cardiolog, gastroenterolog etc. și uită de acest aspect).

### Cauze ale hipertiroidiei

Principala cauză este patologia autoimună cu apariția unor substanțe stimulative pentru funcționalitatea tiroidei, care duc la un exces de hormoni tiroidieni. Totodată, cum s-a precizat la început, o altă cauză o reprezintă formătuna tumorală hiperfunctională, care pune în circulație în organism o cantitate mare de hormoni tiroidieni. Stresul poate fi însă un factor care declanșează sau accentuează tocmai acest element autoimun cauzal al bolii. Foarte frecvent, stresul se regăsește în anamneza fiecărui pacient (poate spusă la doctor ca factor declansator al bolii). Pacienților cu hipertiroidism le este contraindicat să consume alimente cu exces de iod (inclusiv sare iodata), să curețe nuci cu mâinile goale, să facă investigații cu substanță de contrast etc.

### Tratament pentru bolile tiroidei

Majoritatea bolilor tiroidiene se tratează prin medicamente. Pentru hipotiroidie se administrează medicamente cu hormoni tiroidieni, iar doza se stabilește în funcție de severitatea bolii. Pentru hipertiroidie se apelează la medicamente antitiroidiene, iod radioactiv sau tratamentul chirurgical (tiroidectomie) atunci când boala nu răspunde la medicație.

### ■ Cancerul tiroidian

Cancerul tiroidian este destul de frecvent întâlnit în cazul gușilor nodulare și, mai ales, în gușile uninodulare. România este o țară cu deficit de iod, iar în rândul populației se găsesc foarte mulți oameni cu gușă endemică, aproape 20-30% din populație.

Cancerul tiroidian este o formă de cancer cu o evoluție lentă, iar diagnosticul se efectuează pe baza punctiei aspirative cu ac fin. Tiroïda este eliminată în acest caz definitiv prin intervenția chirurgicală, iar pacienții urmează ulterior tratament cu iod radioactiv pentru eliminarea ultimelor celule cancerigene care ar mai putea rămâne în țesut. Doctorul stabilește doza necesară suplinirii glandei eliminate, iar acest tratament medicamentos trebuie urmat pe durata în-tregii vieți.

### Recomandări

Atunci când pacientul manifestă simptome clinice de hipo sau hipertiroidie, trebuie să meargă la medicul endocrinolog (mulți pacienți se duc direct la cardiolog, gastroenterolog etc. și uită de acest aspect).

Pentru femeile însărcinate este recomandată o vizită preliminară din timp la medicul endocrinolog, iar după naștere, în primul an, trebuie testată funcția tiroidei pentru a evita bolile asociate (tiroidita postpartum). În această perioadă, apariția nodulilor tiroidieni benigni este frecventă, însă, în ultimii ani, a crescut incidența nodulilor cancerosi (cancer tiroidian).



## Durerile „de creștere”, o suferință încă misterioasă

**■ Adesea, în cabinetele de pediatrie, reumatologie sau ortopedie se prezintă părțini alarmați de plângerile copiilor lor în legătură cu dureri vesperale sau nocturne, repetitive, localizate în membre, care nu sunt însoțite de niciun alt semn clinic, biologic sau radiologic. Acestea sunt etichetate de cei mai mulți medici ca "dureri de creștere", un diagnostic adesea superficial, "de salvare". Dar ce este și ce se ascunde de fapt sub acest tablou clinic?**

**T**ermenul a fost introdus în literatura medicală în anul 1823 pentru a explica „aproape orice durere de care se plângă un copil sau adolescent”. Rând pe rând, acestea au fost atribuite unor boli „la modă” în epocă (ex. reumatismul articular acut), unor defecte posturale sau chiar debilității fizice, hiperactivitatei motorii (ex. activități recreative sau sportive excesive). Niciodată însă nu a fost identificată o cauză sigură și medicii nu au încetat să considere această denumire ca impropriie, pentru că era evident că durerile nu coincideaau cu perioada de creștere accelerată a adolescentei și nici nu se manifestau la sediile la care creșterea are loc cu precădere.

În anul 1972, tabloul acestor dureri era descris astfel, pe baza sintezei descrierilor celor mai serioase din publicațiile de până la acea dată: „Manifestările constau în durere nocturnă intermitentă, accentuată și adesea limitatoare de activitate, localizată profund la nivelul membrelor inferioare și su-



**Prof dr. Horațiu D. Boloșiu**

Președintele Societății Române de Reumatologie  
Tel: 0722.70.49.44  
Email: hbolosiu@yahoo.com

perioare, care survine la copii, adolescenți și adulți tineri. Durerea nu este localizată în articulații, adesea este însoțită de neliniște, dar niciodată de semne inflamatoare: sensibilitate, tumefiere sau roșeață. Mersul este normal și nu accentuează durerea, care dispare spre dimineață”. Astăzi, tendința este de a cuprinde în acest tablou toate durerile musculoscheletale juvenile de origine necunoscută.

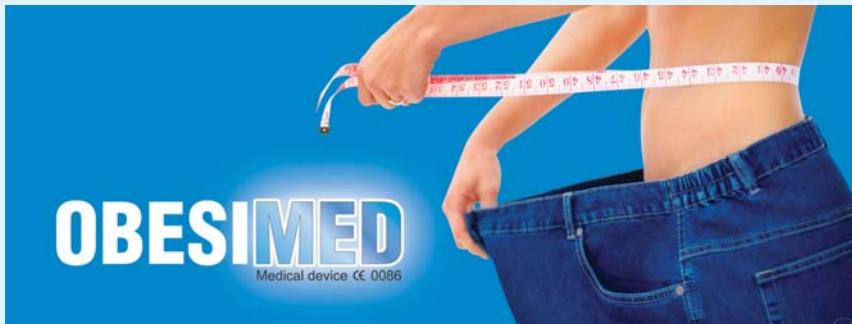
Cauza acestei insolite suferințe nu este clarificată încă, dar câteva elemente, cum ar fi caracterul răspândit al durerii, orarul intermitent și încetarea spontană, asocierea cu alte manifestări (migrenă, dureri abdominale, situații conflictuale etc.), prezența unor puncte sensibile și efectul favorabil al masajului conduc spre ipoteza, de altfel plauzibilă, a săderii pragului de percepere a durerii la nivelul sistemului nervos central, întocmai ca în sindromul fibromialgic. Dacă „durerile de creștere” sunt sau nu o variantă juvenilă a fibromialgiei, rămâne de discutat, dar, cel puțin acesta pare să fie cazul cel puțin al unui subgrup de copii cu astfel de manifestări.

Simptomele acestei încă „misterioase” suferințe sunt autolimitante, încât măsurile terapeutice generale se limitează la repaus relativ, aplicații locale de căldură, masaj și fizioterapie. În peste jumătate dintre cazuri durerea răspunde la medicamente anti-algice uzuale (paracetamol sau ibuprofen). În cazul în care se anticipatează că durerile nocturne vor interfera somnul, poate fi necesară administrarea preventivă a unor mai puternice, cum ar fi diclofenacul sau coxibii. Combaterea anxietății bolnavului și a familiei se bazează pe asigurarea că nu este vorba despre o boală gravă, progresivă, ci dimpotrivă. Deșigur, această încurajare trebuie să se bazeze pe o riguroasă excludere a altor boli reumatologice sau ortopedice.



## Cum îi ajutăm pe copiii obezi?

**SINGURUL PRODUS CARE TRATEAZĂ OBEZITATEA LA COPII ȘI ADULȚI**



Conform Organizației Mondiale a Sănătății, în România sunt 4 milioane de obezi, iar peste 50% dintre copii au grade variate de obezitate.

Cauzele sunt legate atât de alimentația incorectă a copiilor, de dezechilibrul nutrientelor din diete, stresul din viața de zi cu zi, iar alternativele de tratament pentru copii sunt extrem de puține.

Obesimed este un produs a cărui eficacitate a fost demonstrată clinic cu rezultate remarcabile în tratarea obezității pediatrice. Obesimed absoarbe mari cantități de apă și formează în stomac o subs-

tanță naturală care contribuie la umplerea acestuia. Astfel, se induce și menține senzația de sațietate prin ocuparea unei părți din volumul gastric. Gelul întârzie evacuarea gastrică spre intestin unde blochează parțial absorbția glucidelor, lipidelor și a colesterolului, după care se elimină fără a fi absorbit.

Recomand Obesimed pentru prevenirea alimentației excesive, în susținerea unei diete echilibrate, ca ajutor sigur și eficace în tratamentul obezității la copii.

■ Prof. Dr. Marin Burlea

Președintele Societății Române  
de Pediatrie



- *100% natural*
- *fără efecte adverse*
- *eficacitate terapeutică dovedită clinic*
- *recomandat de Societatea Română de Pediatrie*

[www.slabeste-ma.ro](http://www.slabeste-ma.ro)

[www.obesimed.ro](http://www.obesimed.ro)

LaboratoareleFiterman

[www.saptamanamedicala.ro](http://www.saptamanamedicala.ro)

# Perspective privind promovarea sănătății prin consumul de alimente vegetale bogate în antioxidantii - antocianii



Conf. Univ. Dr. Simona Oancea  
Universitatea "Lucian Blaga"  
Sibiu

**A**stăzi este general acceptat faptul că alimentația influențează puternic starea de sănătate a populației și evoluția biologică a individului, astfel încât aspectele alimentare se regăsesc printre cele mai stringente subiecte de studiu naționale și internaționale. Peste tot în lume, guvernele consideră prioritară problema alimentelor și nutriției, aceasta fiind inclusă în strategiile de sănătate publică.

Evoluția cerinței consumatorilor arată o nevoie crescută a acestora pentru alimente mai sigure, cu atât mai mult cu cât studiile recente au arătat necesitatea adaptării dietei actuale la condiții diferite de



*În modelul ecologic al sănătății realizat de Antonovsky, sănătatea poate fi influențată la toate cele 4 nivele: societate, comunitate, loc de muncă, individ. Abordarea conceptului modern de promovare a sănătății publice presupune în primul rând cunoașterea naturii sănătății și a factorilor care o influențează. Îmbunătățirea stării de sănătate și bunăstarea forței de muncă reprezintă prima intervenție la nivel individual, urmată de intervențiile la nivel organizațional (îmbunătățirea locului de muncă) necesare conservării capacitații de muncă.*

mediu. Suntem nevoiți să consumăm alimente cu un grad înalt de procesare, conservare și depozitare pe termen îndelungat, condiții care favorizează pierderea în anumiti nutrienți și substanțe biologic active. Mai mult, indivizii sunt supuși continuu factorilor de stres, astfel încât se impune un consum mai mare de alimente bogate în nutrienți și compuși bioactivi care să neutralizeze acele efecte nocive.

Modificările globale și preferințele mondiale sunt orientate tot mai mult spre un stil de viață sănătos și servicii îmbunătățite de promovare a sănătății publice.

În acest context, se impun îmbunătățite măsurile preventive privind anumite boli, în primul rând cancerul și bolile cardiovasculare care se regăsesc în primele locuri privind costurile anuale (peste 700 bilioane de dolari fiecare, conform estimărilor americane) de perturbare a sănătății, dizabilități sau moarte prematură, consecințe care întrec cu mult alte probleme de sănătate publică.

La nivel mondial, există o intensificare a studiilor atât din partea instituțiilor academice cât și a companiilor private, asupra investigării compușilor bioactivi din plante, în scopul prevenirii anumitor boli, acești compuși fiind în general lipsiți de toxicitate și efecte secundare. Datorită costurilor ridicate ale medicinii curative, medicina preventivă a devenit esențială pentru îmbunătățirea sănătății, în special în țările din Vest.

Plantele au fost considerate de multă vreme o sursă importantă de principii bioactive care și-au găsit utilizări în medicina tradițională sau alternativă (fitoterapie) ca urmare a furnizării de compuși cu efecte promotoare asupra sănătății umane.

Substanțele fitochimice reprezintă o clasă largă de compuși chimici cu structuri foarte variate, de exemplu compușii fenolici (antocianii), carotenoïdici, alcaloizii, compușii cu azot și organosulfurici, vitaminele, studiați în principal din două motive: efectele lor benefice asupra sănătății umane și potențialele aplicații ca surse naturale de coloranți alimentari.

Este binecunoscut faptul că anumite condiții – alimentația sărăcită în nutrienti, fumatul, consumul de alcool, mediul ocupațional cu risc – pot deveni factori de risc pentru apariția degradării oxidative din organism. Stresul oxidativ este implicat în dezvoltarea a numeroase boli cronice, precum bolile cardiovasculare, neurodegenerative, disfuncții inflamatorii, artrita, bolile autoimune, diabetul, îmbătrânierea și cancerul. Deoarece trăim într-un mediu cu risc oxidativ destul de ridicat avem nevoie de o puternică protecție împotriva stresului oxidativ, realizată în principal printr-un consum adecvat de antioxidanți din dietă (fructe și legume) sau prin suplimente alimentare. Diferite studii pe animale și epidemiologice au arătat o longevitate ridicată și un risc scăzut de boli cardiovasculare și cancer printr-un consum ridicat de antioxidanți aduși din alimentație. Fructele și legumele proaspete reprezintă surse foarte bune de substanțe fitochimice care acționează ca antioxidanți. Aceste rezultate au condus eforturile de sănătate publică spre încurajarea populației de consumare a produselor proaspete, astfel încât în anumite țări, precum SUA și Anglia, recomandările oficiale nutriționale sunt de consumare a cinci porții de fructe și legume pe zi. Be-

neficiile asupra sănătății umane aduse de compușii bioactivi vegetali sunt adeseori asociate cu efectele interactive și sinergetice a diferitelor clase de nutrienți, care se corelează între ei într-o proporție ridicată. La aceste interacții, se mai adaugă și alte influențe, precum stilul de viață.

Activitățile noastre de cercetare în cadrul proiectului POSDRU 89/1.5/S/63258 "Școala postdoctorală pentru biodiversitate zootehnică și biotecnologii alimentare bazate pe ecoeconomie și bioeconomie necesare ecosanogenezei" sunt orientate spre valorificarea resurselor vegetale autohtone bogate în antociani (bioflavonoizi cu puternice proprietăți antioxidantă) pentru obținerea unor produse cu înalt potențial ecosanogenetic, prin proprietățile lor promotoare ale sănătății publice.

Nutriția bazată pe fructe și legume de calitate în special cele provenite din agricultura ecologică, care poate furniza un conținut ridicat de antioxidanți, joacă un rol important în promovarea sănătății umane, dar și în alimentația de protecție care are rol de completare a măsurilor de creștere a rezistenței nespecifice a organismului la diferenți agenți toxici ocupaționali. Rolul nutriției în aspectele de sănătate publică este bazat pe două nivele de intervenție:

1. programele de intervenție primară care urmăresc corectarea unor deficiențe nutriționale;

2. programele de intervenție secundară care urmăresc modificarea dietei în scopul influențării pozitive a evoluției anumitor boli. Printre ultimele, suplimentarea dietei cu antioxidanți în scopul reducerii riscului de cancer și a altor boli cronice, a căstigat o mare popularitate printre programele de sănătate publică.



## Blefaroplastie

**Blefaroplastia reprezintă o intervenție chirurgicală care se adresează atât pleoapelor superioare cât și celor inferioare, cu scopul de a înlătura urmele lăsate de trecerea anilor.**



**Dr. Cristina Brezeanu**

Medic primar chirurgie plastică  
Asistent universitar  
UMF Carol Davila  
Doctor în științe medicale  
Tel: (+)40 745175817  
brezeanu\_cristina@yahoo.com  
[www.aestheticsurgery.ro](http://www.aestheticsurgery.ro)

**C**u trecerea timpului, tegumentele își modifică aspectul și tonusul, își pierd elasticitatea, și treptat se atrofiază, generând o serie de modificări specifice procesului de îmbătrânire. La nivelul pleoapelor, aceste modificări pot genera ptoza tegumentară, la care uneori se asociază hernierea subcutanată a țesutului gras retroorbital. Acestea se concretizează prin falduri de tegument vizibile la nivelul pleoapelor (îndeosebi la nivelul pleoapelor superioare) și modificări ale reliefului sub formă de pungi de grăsime sau cearcăne (îndeosebi la nivelul pleoapelor inferioare). Toate aceste modificări se accentuează odată cu trecerea anilor, accentuându-se sub efectul agresiv al factorilor de mediu, al modificărilor hormonale sau al unor cauze patologice, precum edemele palpebrale sau modificări ponderale importante. Uneori, astfel de modificări pot fi constitutive (transmise genetic), întâlnindu-se la persoane tinere.

### Cui se adresează acest tip de intervenție chirurgicală?

Blefaroplastia este indicată la aproape orice vârstă, dar cel mai frecvent se adresează persoanelor de vârstă mijlocie, cu scopul de a înlătura primele semne lăsate de trecerea timpului. În egală măsură, acest tip de intervenție se adresează și persoanelor tinere, pentru remodelarea aspectului con-

genital al pleoapelor sau pentru îndepărarea cearcănelor sau pungilor inestetice. Uneori, această intervenție se poate efectua și în scop funcțional, pentru lărgirea câmpului vizual sau pentru corectarea unor asimetrii de fantă palpebrală. Practic, acest tip de intervenție chirurgicală se individualizează, adaptându-se la particularitățile fiecărui caz în parte.

Blefaroplastia se poate asocia cu alte metode de reîntinerire facială, chirurgicale, dar și nechirurgical. Prin urmare, astfel de proceduri nu se înlocuiesc una pe alta, ci se combină, pentru a obține un rezultat optim pentru fiecare caz în parte.

### Detalii despre blefaroplastie

Blefaroplastia este procedeul chirurgical de îndepărare a excesului de piele, grăsimi și mușchi de la nivelul pleoapelor, tehnică chirurgicală utilizată, fiind adaptată la particularitățile fiecărui caz în parte. În cazul pleoapei superioare, îndepărarea excesului de tegument se face cu o incizie plasată în pliul natural creat de deschiderea fantei palpebrale și prelungită la nevoie pe direcția unui rid deja existent la acest nivel.

Cicatricea rezultată este astfel mascată complet de deschiderea pleoapei și devine practic invizibilă. În cazul pleoapei inferioare, excesul de tegument se rezecă printr-o incizie ascunsă sub marginea ciliară. În cazul persoanelor tinere, blefaroplastia pleoapelor inferioare se adresează cu precădere pungilor existente sub ochi.

Intervenția durează aproximativ 1-2 ore și nu necesită anestezie generală. Se poate face cu anestezie locală sau generală, în funcție de complexitatea și durata intervenției chirurgicale. Nu necesită spitalizare.

Postoperator pot să apară edem și echimoze, care persistă câteva zile.

Îngrijirile postoperatorii sunt minime. Se aplică un pansament de protecție în primele 24 de ore. Soprimerarea firelor de sutură se face în ziua a 3-a/a 5-a.

Pentru diminuarea edemului postoperator se recomandă aplicații reci în primele ore după intervenție. Vindecarea este rapidă, de regulă după 5-7 zile.



Înainte de operație



După operație



## Lipofilling - rejuvenarea și remodelarea cu grăsime proprie

În ultimii 10 ani, comunitatea chirurgilor plasticieni și-a revizuit atitudinea față de lipofilling (transfer liber de grăsime proprie). Motivul pentru care aceștia aveau rezerve față de lipofilling este faptul că au fost antrenați să îndepărteze semnele de îmbătrâniere prin blefaroplastie, lifting facial, frontal etc., metode bazate pe tratamente ce implică excize și suspendarea țesuturilor.

Există și bariere tehnice, desigur. Lipofillingul de succes implică o tehnică precisă și mare atenție la detaliu, ca și în cazul unei intervenții chirurgicale. În plus, această tehnică implică fotografiera precisă a pacienților înainte de tratament și după, din cauza modificărilor, uneori foarte fine, de ordinul milimetriilor.

Chirurgia estetică se transformă rapid, din zona tratamentelor de excizie și suspensie a țesuturilor, a operațiilor extensive, la proceduri de augmentare și de rejuvenare, cu evoluție rapidă, dar și cu recuperare postoperatorie mai rapidă. Motivul? Primul și cel mai important factor în îmbătrânirea feței este atrofia țesuturilor și pierderea volumelor faciale. Soluția evidentă pentru atrofie este restaurarea volumelor faciale.

### Cum îmbătrânim?

În toate tratatele de chirurgie plastică, atrofia prezintă un rol important, mai mare decât îl are ptoza, ca o justificare pentru liftinguri și blefaroplastii. În mod obișnuit, modelul pentru îmbătrânirea feței este ptoza sau coborârea pielii, a mușchilor, a grăsimii - totul se mută în jos. Oricine își trage în sus pielea, pomeții, țesuturile, vede că semnele bătrâneții se atenuază.

Până de curând, chirurgia plastică s-a bazat pe aceste principii simple: îndepărtarea semnelor de bătrânețe prin excizia pielii, grăsimii, mușchilor și fasciei, întărirea și/sau suspendarea țesuturilor restante.

În zilele noastre, în afară de vârstnici, putem vedea atrofia facială și la persoane dependente de anumite substanțe sau în urma unor tratamente medicamentoase. Aceste persoane, deși tinere, nu arată neapărat în vârstă din cauza atrofiei țesuturilor, dar arată bolnave, cu tâmpalele și pomeții foarte proeminente, osoși.

Determinarea cantității specifice de grăsime și nivelurile la care aceasta se va injecta necesită o

strategie precisă. Înainte de a planifica operația, chirurgul va evalua stilul de viață și istoricul medical și social al pacientului, așteptările acestuia, operațiile estetice anterioare, examenul fizic local și general. Cu aceste informații, chirurgul plastician poate să-și facă planul de tratament. Pacienții trebuie să înțeleagă în detaliu ce implică procedura, ce au de făcut în timpul recuperării, ce complicații și ce efecte secundare pot apărea.

Dacă pacienții sunt interesați de procedurile de rejuvenare, ei sunt sfătuți să aducă fotografii din perioada în care consideră că arătau foarte bine, pentru a determina gradul de augmentare posibil. Aceste poze ne permit să evaluăm conturul lor facial din tinerețe, chiar dacă acum solicită un altfel de aspect decât acela, permitându-ne să stabilim indicațiile de tratament. În acest fel se clarifică aspectele din tinerețe care le plac și care nu. Dacă pacienții au avut între timp și intervenții chirurgicale de genul lifting facial, atunci aceste fotografii sunt și mai utile, deoarece operațiile modifica uneori anumite linii ale feței.

Trebue să cereți fotografii în care pacientul:

- să nu zâmbească, deoarece zâmbetul distorsionează liniile feței, mai ales la nivelul pomeților, al pleoapelor inferioare și buzelor;

- să fie prezentat din profil și din fată.

Dacă pacienții doresc modificarea trăsăturilor lor, atunci le cerem să aducă poze ale persoanelor cu care doresc să aibă anumite asemănări, pentru a ne da seama exact ce doresc și a le putea spune dacă se poate face sau nu și în ce măsură este realizabil ceea ce doresc ei.

De obicei, înainte de operație, au loc cam 2 consultații cu fiecare pacient. În cadrul primei consultații se insistă mai mult asupra stilului de viață al pacientului, a istoricului său medical, a așteptărilor sale, a antecedentelor de chirurgie plastică anterioare, asupra formei fizice și stării generale a pacientului. Se fac fotografii. Foarte important este ca pacientul să înțeleagă în ce constă intervenția și ce se obține prin aceasta.

**■ Dr. Klara Iulia Hatami**  
Medic specialist chirurgie plastică  
Clinica Aesthetic Line  
B-dul Dacia nr. 51 sector 1  
București

# Când alegem soluțiile vâscoelastice cu administrare intraarticulară?



**Dr. Georgiana  
Ozana Tache,**

Medic primar fizioterapie,  
recuperare medicală,  
Doctor în Științe medicale  
Medic coordonator  
Centrul de Recuperare  
Medicală „Medical Care”  
0723.626.289

**A**legerea specialistului ține cont atât de nivelul de degradare articulară cât și de etapa evolutivă a bolii artrozice cu decompensare algică și/sau disfuncțională, dar și de sezon.

E bine de știut că articulațiile dureroase sunt caracterizate prin scăderea lubrifierii articulare din cauza scăderii nivelului de acid hialuronic din compoziția lichidului sinovial, prin creșterea nivelului de substanțe inflamatoare, numite prostaglandine, dar și prin reducerea grosimii cartilajului protector articular.

În 1934, Palmer și Meyer au izolat acidul hialuronic, o polizaharidă aflată în compoziția corpului vitros al ochiului de bovină. În literatura de specialitate se menționează că acidul hialuronic are în structura sa două molecule de zahăr.

În 1996, în concordanță cu noua nomenclatură pentru polizaharide, a fost propus numele de hialuronan. Pentru prima dată a fost folosit la om în 1980, utilizându-se acidul hialuronic obținut de la animale.

Healon a introdus soluția vâscoasă sau vâscoelastă sub formă de gel injectabil, cu utilizare în chirurgia oftalmologică. Ulterior, acidul hialuronic a fost utilizat și în alte afecțiuni, precum suferințele articulare, afecțiunile oftalmologice, bolile dermatologice, dar și în tratamentele cosmetice, intrând în compoziția cremelor antirid. A nu se pierde din vedere faptul că hialuronanul există în mod normal în organismul uman și este un component universal al spațiului extracelular. Hialuronanul se regăsește în

numeroase țesuturi ale corpului, cum ar fi tegumentul, corpul vitros, cartilajul articular (ca structură componentă) și lichidul sinovial (rol de lubrifiant, absorbant al șocurilor, mediu metabolic și filtru al produșilor de catabolism).

Acidului hialuronic joacă rolul de protector al cartilajului, datorită proprietăților sale vâscoase, diminuând efectul de frecare dintre suprafețele articulare. Moleculele de acid hialuronic din lichidul sinovial acționează ca lubrifiant, protejând suprafețele articulare de deteriorarea mecanică. Sub presiunea de încărcare articulară, acidul hialuronic din lichidul sinovial acționează ca un absorbant de șocuri, datorită proprietăților sale elastice, protejând cartilajul față de forță compresivă. Acidul hialuronic permite și o bună troficitate, deoarece moleculele de dimensiuni mici, precum apa, electrolitii, diversi nutrienți, pot străbate liber cartilajul și sinoviala, în timp ce moleculele mari, ca proteinele și alți mediatori ai inflamației, străbat cu greu rețeaua de țesut conjunctiv.

Injectarea acidului hialuronic (a soluției vâscoelastice) în articulație are ca efect creșterea vâscozității și a gradului de libertate în mișcare al articulației, prin creșterea cantității de acid hialuronic a lichidului sinovial, scăderea nivelului de prostaglandine, reducând durerea și prin îmbunătățirea calității cartilajului articular existent, pe o durată de aproximativ un an.

Pacienții care pot beneficia de infiltrație/injecție intraarticulară cu soluție vâscoelastă sunt cei cu artroză moderată, care prezintă un grad redus de răspuns la tratamentul conservator clasic, precum cel reprezentat de analgezice orale (paracetamol, tramadol, algocalmin) și/sau medicație antiinflamatoare (oxicami, diclofenac, ibuprofen) sub formă de soluție injectabilă, comprimate, supozitoare sau geluri antiinflamatoare aplicate extern și/sau cărora li se asociază procedurile de fiziokineterapie și chiar infiltrațiile intraarticulare cu soluții steroidiene (cortizon). Principalele articulații care beneficiază de efectele profilactice și terapeutice ale infiltrațiilor cu soluții vâscoelastice sunt articulațiile mari, precum soldul, genunchii, glezna, umărul, cotul și pumnul.

De menționat este și faptul că din studiile efectuate a rezultat un efect redus al infiltrațiilor cu soluții vâscoelastice în cazul unei artroze avansate. Principalele contraindicații sunt reprezentate de: procesul infectios local - la nivelul locului de injecție -, deoarece se poate introduce germenul în articulație; infecția sistemică cu stare febrilă, deoarece crește riscul de contaminare articulară și se impun precauții în cazul pacienților cu tulburări de coagulare sau la cei aflați în tratament cu preparate anti-coagulante orale, deoarece crește riscul de sângeare la injectarea în articulație.



**Speranța Popescu**

Psih. Clinician,  
Dr. în Psihologie  
Centrul Medical  
Doctor Luca

**A**utismul infantil este o tulburare de dezvoltare a copilului mic, debutând sub vîrstă de 3 ani care afectează comunicarea și integrarea copilului în familie, școală, societate.

Statistic, autismul apare în proporție de 4-5 copii la 10000 de nașteri, băieții fiind de 4 ori mai afectați decât fetele.

Semnele care trebuie să îngrijoreze pe părinți sunt:

- **În sfera limbajului:** întârzierea sau absența totală a dezvoltării limbajului vorbit, folosirea unui limbaj stereotip, repetitiv atunci când este achiziționat, raportarea propriei persoane la persoana a doua sau a treia, intonarea cuvintelor într-o manieră deosebită, melodică, inabilitatea de-a iniția și a susține o conversație cu alte persoane.
- **În sfera comportamentului,** lipsa contactului vizual, lipsa relaționării cu alți copii, preferința pentru jocurile stereotipe, neelaborate, atitudine detașată față de mamă, interacționare bizară, prezența mișcărilor sau gesturilor repetitive, atașamentul particular pentru obiecte, sunete, agitație și anxietate extremă la modificările survenite în ritual.

Din cauza dificultăților de comunicare copilul autist poate fi luat de către anturaj drept hipoacuzic. De aceea, prima prezentare poate fi la medicul specialist în otorinolaringologie. De asemenea, copilul autist poate fi luat drept retardat mintal sau hiperkinetic de către medicul de familie mai puțin întâlnit cu cazurile de copii autiști. În aceste cazuri, copii vor fi referiți medicului psihiatru pentru stabilirea diagnosticului. Evaluarea, respectiv diagnosticarea precoce are un rol esențial pentru a se asigura intervenția precoce.

Abordarea copilului autist se face în echipă multidisciplinară formată din pediatru, psihiatru, psiholog clinician, logoped, profesor de educație specială, asistent social. Deoarece autismul infantil poate să apară în cadrul unor afecțiuni neurologice, este nevoie de evaluare neurologică pediatrică la copii cu stigmate cutanate ale bolii Bourneville, crize epileptice, comportament inadecvat, retard neuropsihic și de limbaj.

Din punctul de vedere al tratamentului, acesta este individualizat și constă în intervenție educativă precoce, masivă și structurată și medicație indicată de către medicul psihiatru, medicul neurolog pediatru, după caz.

Studiile științifice au permis demonstrații privind eficacitatea unei îngrijiri precoce cu ajutorul unor metode educative comportamentale (ABA) și cognitive (TEACCH) preluate din SUA și implementate de aproape 10 ani la noi în țară.

Programul ABA (Applied Behavioral Analysis) constă în analiza comportamentului asociat cu o intervenție intensivă, care își propune să obțină o integrare socială mai bună a persoanei autiste prin dezvoltarea comportamentelor adaptate.

Metoda TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) permite dezvoltarea autonomiei copiilor autiști în următoarele arii comportamentale: aptitudini pentru muncă, autonomia vieții cotidiene, petrecerea timpului liber, abilități sociale.

Metoda PECS se aplică în cazurile de comunicare deficitară și folosește imaginile pentru îmbunătățirea comunicării. Poate fi folosită de la 18 luni. Este de asemenea o metodă folosită la noi în țară, în centrele de recuperare pentru copii autiști.

Ca o nouătate în domeniul recuperării copilului autist este programul de intervenție psiho-pedagogică, preluat după modelul american de câțiva ani. Obiectivul programului se referă la învățarea unor comportamente praxice în domeniul cunoașterii, dezvoltării motorii, deprinderilor de autonomie personală și comportamente de comunicare și socializare. Sunt folosite metode de modificare comportamentală, metode de învățare prin control prin stimul, discriminare, generalizare, metode de învățare a abilităților de lucru în grup și individual. Aceste metode sunt aplicate de către psihopedagogii copiilor autiști grupei în clase odată cu includerea în program. Programul fiecărei clase este organizat, structurat în activități instructiv-educative, alternând cu pauze de odihnă, joacă și de masă. Clasa este formată din copii autiști cu nivel asemănător al deficiențelor de limbaj și comportament. Programa de învățământ este structurată și adaptată rezultatelor obținute în urma evaluării inițiale și reevaluarilor stabilite de către echipa formată din profesor autism, asistent autism, psiholog. Pe parcursul anului școlar se înregistrează progresul fiecărui copil.

În lucrarea Ghid de intervenție în autismul infantil apărută de curând prin editura RISOPRINT, scrisă în colaborare cu colegele mele, doamnele psiholog Adela Morar și Camelia Stanciu am considerat necesar să prezintăm atât cadrul clinic și diagnostic în ceea ce privește tulburarea de dezvoltare de tip autist, cât și programul de intervenție psiho-pedagogică mai sus menționat. Programul se aplică în cadrul stației pilot cu profil ambulatoriu din București, în cadrul Polyclinicii Titan sub coordonarea dnei dr. Rodica Urziceanu.

# Tratament recuperator în neuropatiile periferice

**Neuropatiile periferice reprezintă un grup de afectări ale nervilor periferici, unde stabilim principiile terapiilor recuperatorii după simptomatologia preponderentă.**

## Sediul lezional

Orientarea clinicianului după sediul lezional al afectării nervilor periferici aduce acuratețe în diagnostic, deoarece se precizează că nivelul și terapia sunt ţinute pe zona deservită de o rădăcină sau nerv.

## Radiculopatie

Poliradiculopatie: sindromul de coadă de cal

Plexopatie: modelul afectării obstetricale a plexului brahial este binecunoscut tuturor.

Mononeuropatie: paralizia de radial după fracturi humerale.

Polineuvrită: paraneoplazică, diabetică, în insuficiență renală.

Ceea ce putem găsi drept CARACTERISTIC clinic pentru toate neuropatiile periferice se poate sintetiza în:

- 1) deficit motor de tip paretic/plegic
- 2) tulburări senzitive pe traiectul leziunii:

- durere
- hipoestezie cutanată
- hiperestezie cutanată
- parestezii
- perturbarea simțului mioartrokinetic

3) atitudini particulare: mâna în gât de lebădă, grifa degeții în ciocan, gheara ulnară, palmară, picior de cociș, picior scobit, mâna Aran-Duchenne

- 4) tulburări de mers: instabilitate, mers ataxic.

Tratamentul recuperator este în principal un tratament al funcției. De aceea, după etichetarea clinică se seconțializează terapia atât ca

I. PREVENTIE A ATITUDINILOR VICOASE, COMPLICATIILOR morfofuncționale

II. TRATAMENT AL SIMPTOMATOLOGIEI implicate în funcționalitate.

1) Tratamentul recuperator al DEFICITULUI MOTOR din

## A. Poliradiculonevrite:

deficitul motor se instalează la membrele inferioare și ulterior la cele superioare, când paralizia flas-



**Conf. dr. Liliana Pădure**  
Centrul Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie pentru Copii "Dr. Nicolae Robănescu"

că progresivă generează un regres neuromotor (uneori pierzându-și și controlul capului).

Atingerea poate fi:

- simetrică sau
- globală
- pe rădăcini: forma pseudomiotică
- pe extremitățile membrelor

## I) În stadiul paraliziei

1) controlul posturii  
2) preventia sau tratarea escarelor  
3) întreținerea respirației, menită să prevină pneumopatia de aspirație (prin cale falsă); tapotamentul zilnic de 7-8 ori/zi.

- 4) Termoterapie antialgică
- 5) Masokineziterapie pentru stimularea troficității tegumentare și musculare

Deficitul motor instalându-se brusc, avem grija:  
a) să menținem lungimea fibrei musculare (ortezare adevarată)  
b) să-i întreținem un metabolism adevarat care să împiedice atrofia musculară care însoțește paralizia  
c) susținerea antialgică atunci când durerea este supărătoare

## ESTE NECESARĂ PRECIZAREA:

La pacienții foarte slăbiți, cu riscul inadaptării cardiovasculare și respiratoare: kinetoterapia și masajul se realizează în sesiuni scurte de 3 ori/zi și cu multiple fracționari ale programului.

Psihologul este prezent îndeaproape. Durerea cronica poate afecta numeroase aspecte ale calității vieții:

- depresie, anxietate
- probleme școlare (scădere randamentului școlar, absentism)
- tulburări de somn
- sentimentul de izolare
- dezamăgire că aşteptările recuperării nu sunt îndeplinite.

**II) În stadiul regresiei paralitice** începe readaptarea funcțională:

- mobilizările tuturor articulațiilor activo-pasiv, activ, cu rezistență
- se face trecerea de la poziția declivă la cea în sezând, în ortostatism și se reeducă mersul în deambulator.

## B. Neuropatiile eredodegenerative senzitivomotorii

### Maladia Charcot- Marie-Tooth

Deficitul motor se instalează lent cu atrofie musculară neurogenă, pornind de la membrele inferioare (picior scobit) spre cele superioare, fără tulburări sensitive evidente.

Piciorul de cocoș se câștigă după trecerea anilor.

La mâini eminența tenară, hipotenară și interososii se atrofiază, apărând mâna de tip Aran-Duchenne.

Degetele de la picioare se dispun în grifă sau cicoane.

### 1) ortezele de picior:

- mențin glezna
- ameliorează postura
- păstrează mersul.

Partea pedioasă a ortezelor este adesea menită să compenseze equinul când a devenit ireductibil. Compensarea piciorului equin se face cel mai corect în încălțămîntea ortopedică. Când piciorul equin devine rigid, singura corecție posibilă este oferită de chirurgia ortopedică.

### 2) kinetoterapia precoce:

- menține mobilitatea piciorului scobit și previne apariția deformărilor și agravarea amiotrofiei
- constă în mobilizări pasive, de menținere a pozițiilor fiziologice, a troficității și activității musculare. ESTE EVITATA kinetoterapia intens activă, mușchiul în această afecțune OBOSIND, se epuizează mai repede.

## C. Plexopatii

### a) leziunile **plexului brahial** complete sau parțiale

- superioare Duchenne Erb (C5-C6)
- mijlocii: Remak (C7)
- inferioare: Dejerine Klumpke (C8-D1 )

Recuperarea deficitului motor respectă etapele:

- 1) prevenirea instalării deformărilor ortopedice;
- 2) întreținerea musculaturii membrului superior prin terapie ocupațională;
- 3) stimularea musculaturii cotate 0-2 și tonifierea musculaturii cotate 3-5;

4) întreținerea troficității;

5) readaptarea funcțională prin inițierea pacienților în proiecția mișcării pentru refacerea imaginii kinestezice;

6) reeducarea sensibilității prin stimulări tactile cu obiecte de diferite consistențe, forme.

**b) plexopatii membrului inferior** sunt rare, pentru că plexul lombar și sacrat sunt mai protejate.

Unele tumorii sau traumatisme ale șoldului pot atinge plexul sacrat.

Deficitul motor poate fi complet sau parțial, predominând la nivel L5 cu paralizia mușchilor lojii anterioare a gambei.

Recuperarea e lungă și respectă principiile de etapă din plexopatia membrului superior.

Ortezarea/apareierea este adesea utilizată temporar sau definitiv.

## 2) TRATAMENTUL recuperator al TULBURĂRILOR SENZITIVE

Durerea, parestezia (arsură, furnicături, încălțămîntă, durere surdă) pot fi abordate :

- farmacologic,
- pe calea fiziatrică - proceduri tip TENS (transcutaneous electrical nerve stimulated).

3) Tratamentul recuperator al TULBURĂRILOR de MERS: modificări de mers sau impotență funcțională.

Tulburări de mers în Charcot-Marie-Tooth:

- mers stepat,
- inadaptabilitate, căderi repetitive generatoare de entorse (cu dureri, disconfort),
- imposibilitatea de alergare.

Tratamentul acestor tulburări a fost expus prin stimularea musculaturii de cotație musculară joasă și tonifierea musculaturii peste cotația 3 pentru solicitarea musculaturii amiotrofice spre evitarea epuizării.

Tratamentul trebuie să țină seama de neurodezvoltare și nu este pus în ortostatism un pacient până nu a atins vârstă motorie de mers în 4 labe cu alternanță.

Primii pași în recuperarea poliradiculonevritelor se fac între barele paralele.

În neuropatiile cronice, alterarea mersului necesită suplinire în cărje, deambulator.

Impotență funcțională este rar aducătoare de foliu rulant în viața adolescentilor cu Charcot-Marie - Tooth. Tratamentul recuperator în neuropatiile periferice are menirea să retuzeze funcția diminuată.

## Ce nu trebuie să uităm despre cancerul de sân (I)

**Cancerul de sân nu constituie o maladie ce selectează o anumită categorie socială. Mai mult, potențialitatea dezvoltării unei astfel de patologii este, de multe ori, independentă de măsurile de prevenție și poate afecta orice femeie, chiar și bărbații. Mijloacele profilactice și depistarea precoce a cancerului de sân reprezintă un arsenal redutabil pentru lupta împotriva acestei maladii, crescând în mod semnificativ eficacitatea actului medical. Este aşadar lesne de înțeles că o persoană bine informată este considerabil avantajată.**

**C**ancerul de sân are o incidență în Europa de 109,8/100.000 femei/an și o mortalitate de 38,4/100.000 femei/an. Incidența cancerului mamar în România a crescut de la 25 la 40 la sută la femei în mai puțin de 10 ani și este pe primul loc în patologia oncologică la sexul femeiesc. Mortalitatea prin cancer mamar este mare, în ciuda eforturilor de informare și diagnosticare precoce, prin mijloace moderne și tehnici de abord terapeutic din ce în ce mai complexe. Un factor nefavorabil ar putea fi reprezentat de modificarea stilului de viață din ultimii ani, inclusiv creșterea numărului de fumători în rândul femeilor.

În SUA, ratele de mortalitate au rămas dezamăgitor constante (44.000 de decese pe an, până la un declin care a început în 1990). Rata de supraviețuire posterapeutică la 5 ani a persoanelor care au suferit de cancerul de sân a crescut, fapt atribuit diagnosticării precoce, utilizării mai intense a metodelor de screening (din anii '80) și utilizării sporite a chimioterapiei. O scădere continuă a mortalității trebuie să fie menținută în continuare. Frecvența cancerului de sân crește odată cu vîrstă. Aproximativ



**Dr. Adrian Comănicu**

Medic specialist  
endocrinolog  
Asistent Universitar

Colaborator la Clinic  
Mirmed Aslan  
Str. Valea Cascadelor nr.3-5,  
București  
Tel: 021 311 00 23;  
0374 001 873;  
[www.mirmed-aslan.ro](http://www.mirmed-aslan.ro)

77% dintre toate cancerurile de sân apar la femeile cu vîrstă de peste 50 de ani, 6,5% la cele sub 40 de ani și respectiv 15% la cele sub 50 de ani. O femeie cu vîrstă de 70 de ani prezintă un risc de aproape 16 ori mai mare în comparație cu o femeie de 40 de ani. Rata de supraviețuire la 5 ani pentru femeile sub 45 de ani care dezvoltă cancer de sân este de 79%, față de 87% pentru femei de peste 65 ani. Ratele de supraviețuire generală sunt de aproximativ 84% la 5 ani după diagnostic, 67% după 10 ani și 56% după 15 de ani.

### Factori favorizați ai cancerului de sân

De cele mai multe ori suntem în fața unei boli care a atins deja punctul de diseminare. În mod logic, se impune formularea unui diagnostic precoce, calculat în "ani mai devreme", pentru a avea un impact asupra mortalității de cancer de sân. Acest lucru poate fi realizat dacă conștientizăm că orice pacientă are un risc crescut. Se poate ține cont de faptul că majoritatea femeilor (85%) care dezvoltă cancer de sân prezintă factori de risc identificabili, în afară de factorul vîrstă, și, prin urmare, **fiecare femeie trebuie să fie considerată cu „risc”**.

Suntem obligați să ținem seama de factorii care influențează riscul de cancer la sân. Aceștia includ o experiență de reproducere, activitatea ovariană, boli benigne de sân, tendință familială, elemente genetice, considerații dietetice, precum și factori specifici endocrini.

## Screeningul pentru cancerul de sân

**Autoexaminarea glandei mamare** reprezintă un act care ar trebui efectuat de toate tinerele și femeile cu vârstă de peste 20 ani. Această examinare trebuie efectuată lunar, fiind necesar să se știe că ea este mai eficace în prima perioadă a ciclului menstrual (faza foliculară). Eficacitatea rezidă în faptul că sânul este un țesut endocrin, influențat semnificativ de modificările secvențiale hormonale în perioada ciclului menstrual. Acestea determină modificări la nivelul glandei mamare, dar și în întreg organismul.

**Examenul clinic al glandei mamare** - este foarte important ca toate femeile cu vârste de peste 35 de ani să se prezinte anual la medic pentru o examinare a glandei mamare (examen senologic). În cadrul unei astfel de evaluări, medicul efectuează o "anamneză" prin care analizează factorii de risc la care este supusă persoana examinată. **Antecedentele heredocolaterale** constituie o componentă importantă în modul în care se va derula în continuare screeningul cancerului de sân. Astfel, ar trebui ca femeilor aflate în perioada de premenopauză care au o rudă de gradul I diagnosticată cu cancer de sân să li se recomande examen mamografic anual, cu 5 ani înainte de vîrsta la care a fost depistată ruda în cauză. Mamografia ar trebui să le fie efectuată anual tuturor femeilor cu vîrsta peste 39 de ani.

În momentul unei suspiciuni, pentru obținerea unui diagnostic de certitudine și pentru alegerea conduitei terapeutice se recurge la întregul arsenal de diagnostic. Ghidurile de management al cancerului mamar elaborat de experții în domeniul, inclusiv de cei din țara noastră (Ministerul Sănătății), stabilesc diagnosticul de cancer de sân prin următorul grup de elemente: examenul clinic, investigații imagistice (mamografie, ecografie, eventual RMN mamară) și confirmare anatomo-patologică.



Revenind însă la importanța diagnosticării precoce, la presuperea că **fiecare femeie trebuie să fie considerată cu risc**, este foarte important "să nu se ajungă la plata unui preț prea mare pentru cunoaștere" prin exces de tehnici invazive în scop de screening.

Alături de examenul clinic, a cărui importanță nu s-a diminuat de la Hipocrate până în zilele noastre, lumea tehnologiei moderne vine cu beneficii neasteptate: evaluare mamografică cu niveluri din ce în ce mai mici de radiații și cu rezoluții foarte mari (mamografia digitală) și o adevărată explozie în dezvoltarea ecografiei (metodă absolut inofensivă, care folosește ultrasunetele).

Astfel, folosită în scop de screening și în scop diagnostic, pentru orice vîrstă, ultrasonografia se dezvoltă prin tehnici foarte moderne, de tipul **scanarea automată (ABVS - Automated Breast Volume Scanner)**, **elastografia în timp real (RTE)** și **ultrasonografia cu contrast consolidată prin administrarea de substanță de contrast - SonoVue (CEUS)**,

Acuson S2000 ABVS este cel mai modern echipament dedicat prevenției și diagnosticării nodulului mamar și posibilității de identificare a cancerului la sân. Acest dispozitiv medical face parte din gama aparatului de înaltă performanță, scurtând timpul de evaluare screening la mai puțin de 15 minute, și a fost conceput de compania Siemens în anul 2009. Sistemul S2000 ABVS folosește un traductor special de mari dimensiuni, plasat direct pe piept, care ține locul unui traductor de mână. Acest traductor scană automat sânul, fără a crea disconfort pacientei. Informația este transmisă într-o stație grafică, unde poate fi procesată prin softuri complexe. Medicul analizează în stația grafică întregul volum al sănului, în trei planuri diferite, cu posibilitatea localizării precise a oricărei formațiuni nodulare. Primele dispozitive medicale de acest tip au fost introduse în uz în Germania și, începând cu luna noiembrie 2011, și în România.

Aparatul permite vizualizarea în mediul virtual a țesutului mamar și ajută astfel la depistarea precoce a formațiunilor tumorale mamare. Folosește filtre de culoare atribuite diverselor structuri ale sănului, făcând posibilă identificarea cu ușurință a oricărei formațiuni nodulare mamare (formațiuni solide și chistice). Prin scanarea volumetrică și reconstrucția tridimensională a structurii sănului, aparatul oferă detalii îmbunătățite, care măresc precizia diagnosticării și monitorizării cancerului la sân.

# Dializa - o altfel de dependență

## Realitatea psihologică a dependenței

Din punct de vedere psihologic, pacientul hemodializat este vizitat de multe trăiri străine altor categorii de bolnavi cronici. În primul rând, pacientul hemodializat este dependent, iar această dependență nu este autoindusă. El este dependent involuntar, dependența reprezentând pentru el manifestarea instinctului primordial de supraviețuire.

Dependența devine, în acest context, prima din ierarhia marilor probleme cu implicații psihologice specifice pacienților dializați, devine un factor de stres. Iată câteva dintre fundamentele pe care se bazează această afirmație:

- Programul de tratament nu concordă, de foarte multe ori, cu programul celorlalți membri ai familiei. Astfel, sunt determinate restructurări la nivelul relațiilor intrafamiliale.
- Inversiunile de rol care survin la nivel intrafamilial, ca urmare a tratamentului prin dializă al unuia dintre membri, au adesea consecințe grave asupra personalității pacienților. Consecutiv sentimentului de dependentă de cei din jur apare și sentimentul de culpabilitate: pacienții au impresia că nu oferă mai nimic, dar cer prea mult de la membru familiiei.
- Atitudinea hiperprotectivă a membrilor familiei asupra bolnavului dializat se reflectă în reducerea până la dispariție a oricărora activități casnice ale acestuia, ceea ce îi încurajează tendința inconștientă spre dependentă de cei din jur, creând sau menținând dezechilibre psihice.
- Programul de tratament nu concordă cu programul celoralte (posibile) activități ale pacientului, lucru care îngreunează integrarea profesională și socială a acestuia.
- Rinichiul artificial consumă din timpul pacientului (aproximativ 12% din timpul de activitate săptămânal), ceea ce determină din partea acestuia trăirea continuă a sentimentului de dependentă. El nu poate trăi fără această mașină, pe care, fie începe la un moment dat să o percepă ca pe o parte a sa, fie se consideră pe sine ca fiind o parte a rin-



chiului artificial. Situația aceasta determină la unii dintre pacienți sentimente de ambivalentă, de respingere și atașament față de rinichiul artificial, ajungând până la dorința de a face dializă numai la aparatul cu care „s-au obișnuit”.

Pacientul dializat percepse echipa de dializă ca pe un factor limitativ al libertății sale. Subiectiv, o dependență accentuată față de unii membri ai echipei terapeutice se traduce prin creșterea anxietății bolnavului, atunci când nu este îngrijit de persoana preferată. Iată o altă ambivalentă trăită de pacient: echipa terapeutică este asociată cu echipa care este „vinovată” de limitările sale prin programul de dializă, iar pe de altă parte el trăiește un profund sentiment de dependentă afectivă față de unii membri ai echipei.

Pacientul suportă schimbări periodice de rol și status social: odată cu fiecare ședință de dializă trece de la dependență totală (conectat la un aparat, lipsit de posibilitatea de deplasare, cu contacte sociale limitate) la o relativă independentă (în societate, la serviciu, acasă, unde poate avea responsabilități, poate muncă).

### Ești pacient dializat? Ce e de făcut?

- Fă ceea ce poți, dar ceea ce poți, FAI!
- **Fii conștient de dependența** ta fiziologică, fii conștient și de independența ta psihologică, socială și culturală!
- **Bucură-ți corpul și sufletul** ori de câte ori ai ocazia!
- Reamintește-ți, de câte ori ai ocazia, **calitățile tale** și multumește-ți pentru ele!
- **MUNCEȘTE!** Și nu uita că unii muncesc numai gândind!
- **Fii de folos altoral!** Nici nu-ți dai seama cât de mult valorează chiar și numai un cuvânt!
- **VORBEȘTE!** Acest tip de comunicare ne deosebește de alte ființe!
- **IUBEȘTE!** Acest sentiment ne face oameni!
- Dacă gândul la boala nu-ți dă pace, fă-ți timp **10 minute** pe zi în care să te gândești numai la ea, eventual în timpul programului de dializă, în rest ai multe altele de făcut și de gândit!
- **Fă-ți timp** pentru tine și pentru cei importanți din jurul tău!

● **Dăruiește** din experiența, din înțelepciunea, din puterea ta!

● **SOCIALIZEAZĂ!** Mergi în vizite, primește mușafiri, mergi la petreceri, sărbătorește-ți ziua de naștere!

● **Folosește-ți** timpul petrecut la dializă făcând planuri pentru a doua zi sau pentru odihnă!

● **Respectă-ți** rolurile: fii mamă/tată, soție/soț, fiică/fiu, bunică/bunic, mătușă/unchi, nepoată/nepot.

● **NU UITA că nu ești contagios!** Vorbește-le altora despre afecțiunea ta, învăță-i! Nici tu nu știai prea multe despre dializă înainte de a urma acest tratament!

● **TRĂIEȘTE și FII FERICIT** pentru asta!

...și gândește-te la ce spunea Sfântul Augustin:

„Fericirea este să știi să-ți dorești ceea ce ai deja.”

■ **Psiholog Daniela Șerbănescu**

Centrul de dializă Fresenius

NephroCare Constanța

Telefonul Pacientului : 0723.550.123

# MEDICAL MARKET

## CD bază de date!

### Baza de date medicală conține:

- ⇒ spitale (date contact, lista medici, dotări, servicii medicale prestate)
- ⇒ centre și cabinete medicale private
- ⇒ medici de familie
- ⇒ stomatologii
- ⇒ farmacii
- ⇒ furnizori de aparatură și consumabile medicale
- ⇒ selecțiile se pot face după tipul unității medicale, specialitate medicală, județ, denumire serviciu medical prestat, denumire aparat/instrument medical, nume sau/și prenume medic, cuvânt cheie aflat în denumirea unităților medicale sau în textul prezentărilor acestora
- ⇒ selecțiile pot fi salvate în formate compatibile Word sau Excel.



Comenzi la  
021/321.61.23, redactie@finwatch.ro

## Ce trebuie să știm despre alergii



**Dr. Bianca Matis**  
Medic specialist alergologie  
Hyperclinica MedLife  
Timișoara

**A**lergia este o reacție exagerată a organismului împotriva unor substânțe din mediul ce ne încâjoară, denumite alergeni. Cei mai întâlniți alergeni sunt polenurile, acarienii din praful de casă, animalele de companie, mucegaiurile, anumite alimente, veninul unor insecte și unele medicamente. Simptomele pe care o persoană alergică le are sunt determinate de tipul alergenului la care se dezvoltă reacția și de calea de pătrundere a sa în organism, determinând astfel locul unde aceasta se desfășoară. O reacție alergică poate să presupună apariția strănutului, a pruritului nazal și ocular, apariția tusei și dificultății în respirație sau apariția unor erupții cutanate intens prurigoase, putând merge chiar până la edemul faringei sau pierderea cunoștinței și instalarea șocului.

### Cum se poate diagnostica alergia?

O persoană care a avut astfel de simptome trebuie să fie consultată de un medic alergolog. Cauza apariției alergiei încă nu este cunoscută. Se pare că există o componentă ereditară. În timp ce un copil cu un părinte alergic prezintă 50% risc să dezvolte alergii, acesta crește la 70% pentru un copil cu ambii părinți alergici. Însă, principala întrebare nu este **de ce**, în cazul unei alergii, ci **la ce?**

### Teste specifice

Înainte de instituirea unei terapii, medicul alergolog va efectua anumite teste, pentru a determina care alergen a provocat reacția.

Standardul de aur îl constituie testele cutanate prick (TCP) cu truse standardizate de alergeni. Testul se desfășoară în cabinet, astfel: pe pielea antebrațului se pune câte o picătură din extractul de aler-

gen, respectiv un control pozitiv și unul negativ, iar prin aceasta se punționează pielea cu o lanțetă până la maximum 1 mm, iar interpretarea se va face în 20 de minute. TCP sunt cu atât mai importante cu cât alergia poate da simptome mai severe, cum este în cazul unor alimente (alune, arahide, lapte), unde trebuie rapid instituite măsuri de evitare a alergenului.

Tot în cazul alimentelor, testul se poate efectua prin punționarea directă a unui aliment crud, urmând apoi punționarea tegumentului (prick-to-prick). Pot exista însă situații în care TCP nu se pot efectua; în cazul în care tratamentul antialergic, care influențează testarea, nu poate fi întrerupt, erupția cutanată este foarte severă sau TCP pot da reacții severe (veninul de albine), determinarea alergenului care provoacă alergia se va determina din sânge. Pentru aceasta, se măsoară în laborator nivelul unor anticorpi împotriva respectivului alergen, denumiți IgE specifice. Acestea au o mare valoare în situațiile clinice relevante.

Alergiile au determinat restricționarea în mod semnificativ a multor activități. Multe persoane cu alergii severe trăiesc temându-se că mediul înconjurător este plin de pericole. Așadar, primul pas în tratarea simptomelor alergice este identificarea agentului cauzator, iar unde este posibil, strict evitarea acestuia are un rol determinant în tratament și în creșterea calității vieții.



# Alergia la proteinele din laptele de vacă (APLV)

**Alergiile pot apărea în orice perioadă a vieții.  
Un bebeluș se poate naște cu o alergie sau,  
adult fiind, te poți lovi de acest obstacol.**



Cu toate că alergiile sunt dificile în privința stabilirii tratamentului, în multe cazuri ele pot disparea de la sine. Acest lucru se declanșează în momentul în care sistemul imunitar realizează că alergenul este, de fapt, inofensiv.

Laptele matern este alimentul ideal pentru sugari în primele 4-6 luni de la naștere. De aceea medicii le recomandă mamelor să-și alăpteze copiii cel puțin în primele 6 luni de viață. După această perioadă, concomitent cu întărcarea lentă a sugarului, până spre vîrstă de un an, se introduc "formule de lapte pulbere adaptate sau umanizate" cu sau fară adaos de fier. Laptele reconstituit din aceste preparate nu trebuie să depă-

șească 500-600 ml/zi, după vîrsta de 6 luni. La sugarii la care, din diverse motive, se practică alimentația cu lapte de vacă încă din primele săptămâni sau luni de viață există riscul să se producă alergie la proteinele din acest lapte. Manifestările alergiei la APLV pot avea un caracter acut sau cronic. Manifestările acute pot îmbrăca un tablou simptomatic dramatic de shock, care poate pune în pericol viața copilului.

Există două tipuri de reacții alergice față de lapte:

**Reacții rapide** - se produc subit (de la câteva secunde până la câteva ore față de momentul ingurgitării laptelui); simptomele includ respirația greoaie, vomă, urticarie, angioedem (buzele, ochii sau limba se umflă puternic) și anafilaxie.

**Reacții lente** - reacțiile se înregistrează lent (de la câteva ore până la câteva zile de la consumarea laptelui); printre simptome se numără vomă, stări de irascibilitate, incapacitatea de a câștiga în greutate și de a se dezvolta normal; acest tip de reacție este mai dificil de distins, pentru că simptome asemănătoare se declanșează indiferent de alergen.

Cea mai bună metodă de tratament, valabilă pentru orice alergie, constă în evitarea alergenului (a laptelui și a produselor care conțin lapte, în cazul de față).

**Atenție!**  
**Laptele de capră, de orez și de migdale sunt contraindicate sugarilor.**



## Sindromul de apnee în somn



**■ Sindromul de apnee în somn este o afecțiune caracterizată prin opriri repetitive ale respirației (apneei) și/sau reduceri ale fluxului respirator la nivelul căilor aeriene superioare, cu o durată mai mare de 10 secunde și cu o frecvență mai mare de 5 episoade pe oră. Boala poate fi ușoară, moderată sau severă, în funcție de numărul de evenimente respiratorii care apar pe parcursul somnului.**

Sindromul de apnee în somn este recunoscut prin simptome diurne și simptome nocturne.

Simptomele nocturne sunt: sforăt puternic, care apare cu mulți ani înaintea dezvoltării afecțiunii, este deranjant pentru partener, agravat de consumul de alcool sau de creșterea în greutate și este întrerupt de o apnee cu durată mai mare de 10 secunde. Pauzele respiratorii (apneele) sunt sesizate de partenerul de viață în 75% dintre cazuri. Apneele numeroase determină microtreziri și au drept consecință fragmentarea somnului, care devine superficial și neodihniitor, fiind cauza somnolenței diurne excesive. Trezirea bruscă din somn cu senzația de lipsă de aer (disnea) apare la 20-30% dintre pacienți. Nicturia apare la 30% dintre pacienți din cauza creșterii eliberării de factor natriuretic atrial. Refluxul gastroesofagian este frecvent relatat de pacienții cu sindrom de apnee în somn.

Simptomele diurne sunt: somnolența diurnă, cel mai frecvent simptom al sindromului de apnee în somn. Somnolența se manifestă inițial în situații non-stimulante (la ședințe, în autobuz etc.), dar, pe măsură ce boala progresează, somnolența intervine în toate activitățile zilnice și poate deveni periculoasă. Numeroase studii arată frecvența de 2-3 ori mai mare a accidentelor rutiere din cauza șoferilor-pacienți cu sindrom de apnee în somn care adorm la volan. Alte simptome diurne apărute în cadrul sdr. de apnee în somn sunt reprezentate de: tulburări de concentrare, iritabilitate, depresie, anxietate, cefalee matinală.

Diagnosticul sindromului de apnee în somn se realizează prin metode de screening și monitorizare a somnului. Examenul fizic al bolnavului și anamneza nu pot oferi un diagnostic de certitudine, însă orientează medicul pentru efectuarea unor investigații specifice.

Poligrafia respiratorie este o metodă de diagnostic utilă când suspiciunea clinică de apnee în somn este foarte mare; diagnosticul poate fi stabilit cu ajutorul unui poligraf cardiorespirator portabil. Acest aparat îl este montat pacientului cu ajutorul unor senzori. Pacientul doarme la domiciliu, conectat la acest aparat și îl returnează a doua zi. Pe parcursul nopții sunt înregistrări o serie de parametri cum ar fi: fluxul de aer nasobucal, saturarea oxigenului în sângele arterial, sforătul, efortul toracic și poziția corpului. Medicul interpretează datele obținute și stabilește dacă există un sindrom de apnee în somn și care este tipul acestuia.

Suspiciunea de sindrom de apnee în somn se emite la un pacient obez, care acuză sforăt zgomos, opriri ale respirației în timpul somnului (semnalate de partener), somnolență diurnă excesivă, nicturie, tulburări de concentrare, cefalee matinală etc.

Din cauza comorbidităților asociate sindromului de apnee în somn, pacienții pot fi îndrumați pentru efectuarea acestei investigații cu precădere de către medicii ORL-iști, pneumologi, cardiologi, diabetologi, endocrinologi, de medicină internă etc.

Sindromul de apnee în somn a fost asociat în studiile de specialitate cu insulinorezistență, toleranță alterată la glucoză și diabetul zaharat tip II. Crescerea alarmantă a prevalenței diabetului zaharat tip II în zilele noastre este atribuită în mare parte creșterii prevalenței obezității la populația generală, obezitatea fiind unul dintre principalii factori de risc ai sindromului de apnee în somn.

Având în vedere asocierea sindromului de apnee în somn cu diabetul zaharat tip II, se impune investigarea pacienților cu SASO pentru diabet zaharat și a celor cu diabet zaharat pentru SASO.

**■ Dr Luminăța Anghel**

Medic specialist pneumologie  
Centrul Medical Medas Unirea

## Osteoporoza masculină

**Osteoporoza este mai rară la bărbați decât la femei, fiind subdiagnosticată și insuficient tratată. Problema nu poate fi neglijată din punctul de vedere al prevalenței bolii, al riscului de fractură și al consecințelor fracturilor osteoporotice asupra vârstnicului de sex masculin.**



Fracturile osteoporotice încep să apară la bărbați după vârstă de 60 de ani, iar incidența acestora este aproximativ jumătate din cea a femeilor de vârstă corespunzătoare. Odată cu îmbătrânirea populației este de așteptat ca, în următorii 15-20 ani, rata osteoporozei masculine să se dubleze, iar cea a fracturilor de șold să se tripleze.

Factorii de risc pentru osteoporoza masculină sunt similari cu cei observați la femei, totuși intervenția mai frecventă a fumatului, consumului de alcool, sedentarismul survenit odată cu pensionarea, adaugă diferențe notabile.

Bărbații suferă mai frecvent decât femeile de osteoporoză secundară - astfel, deprivarea androgenică în cadrul tratamentului adresat cancerului de prostată reprezintă o cauză frecventă. Hipogonadismul este cel mai bine caracterizat factor de risc pentru osteoporoza masculină. S-a observat că la bărbații în vârstă care au suferit fracturi de șold hipogonadismul este de cinci ori mai frecvent, că 14% din bărbații care au suferit orhiectomie pentru cancer de prostată au avut ulterior fracturi osteoporotice. Bărbații cu hipogonadism trăiau cu testosterone și sporesc D.M.O. Efectul direct și benefic al testosteronului și al altor hormoni androgeni se realizează prin stimularea funcțiilor osteoblastice, acțiunile

androgenilor fiind mediate prin aromatizarea androgenilor în estradiol. Estrogenii joacă un rol important în menținerea sănătății osoase la bărbați, nivelurile estradiolului se coreleză mai bine cu rata de pierdere osoasă decât testosteronul biodisponibil. Prin urmare, s-ar putea ca osteoporoza masculină să fie dată de un nivel deficitar de estrogen.

Din punct de vedere clinic, fracturile vertebrale apar cu 5-6 ani mai târziu decât la femei, în 75% dintre cazuri sunt asimptomatice, deformările consecutive fiind mai importante la bărbații tineri decât la femeile de vârstă corespunzătoare. Fracturile de șold devin mai frecvente după vârstă de 75 de ani, dar consecințele sunt mai grave decât în cazul fracturilor de șold la femei, prin mortalitate, în timpul primei spitalizări, prin numărul de decese după primul an de accident și prin numărul de persoane care necesită instituționalizare.

DXA este, și în cazul bărbaților, standardul de aur pentru evaluarea osteoporozei. DXA este un test imperfect pentru stabilirea riscului de fractură la bărbați, cu toate acestea rămâne valabil faptul că incidența fracturilor vertebrale și de șold aproape se dublează pentru scăderea cu 1 DS a scorului T la nivelurile respective. Indicațiile examinării DXA conform International Society for Clinical Densitometry sunt: bărbați cu vârstă egală sau mai mare de 60 de ani, bărbați de mai puțin de 70 de ani cu factori de risc pentru fracturi și cei care au suferit deja o fractură de fragilitate. Din cauza faptului că multe dintre cazurile de osteoporoză masculină sunt forme secundare, investigațiile paraclinice sunt mai diversificate, o mențiune deosebită o are evaluarea testosteronului seric (dacă acesta este sub valoarea de 200 mg/dl ar fi confirmat hipogonadismul).

**■ Dr. Camelia Negoescu**  
Medic specialist ortopedie, traumatologie  
competență în osteodensitometrie

## Adenomul de prostată vs. cancerul de prostată

*Împreună cu glandele bulbouretrale, veziculele seminale și ampulele deferentiale, prostată face parte din glandele sexuale accesori, secreția lor constituind o parte importantă a ejaculatului. Plasma seminală produsă de aceste glande conține, într-o concentrație semnificativă, o serie de substanțe biologic active, cum ar fi: prostaglandine, acid citric, zinc, proteine, fructoză, spermine, imunoglobuline, esteraze, proteaze, fosfataze, etc.*



**Conf. Dr. Valentin Ambert**  
 Medic Primar Uroologie  
 Conferențiar Universitar  
 Doctor în Științe Medicale  
 Centrul Medical Medsana  
 Tel: 021 - 9607  
 e-mail:  
[programari@medsana.ro](mailto:programari@medsana.ro)

Prostata este formată din acini glandulari și ducte colectoare cu o dispoziție asemănătoare ramurilor unui pom. La naștere, majoritatea acinilor glandulari sunt tapetați cu epiteliu scuamos și metaplastic cu activitate secretorie. Stimularea dezvoltării postnatale se găsește sub controlul steroizilor materni (estrogeni).

**Hiperplazia benignă a prostatei** (HBP) sau adenomul de prostată reprezintă creșterea benignă (noncanceroasă) a volumului prostatei.

Creșterea în volum a prostatei, odată cu vîrstă, poate fi datorată creșterii proliferării celulare combinate cu o scădere a ratei de distrugere a celulelor prostateice.

Deoarece prostata se dezvoltă în jurul uretrei, majoritatea pacienților care au o suferință prostatică (benignă sau malignă) acuză o simptomatologie urinară de tip obstructiv și/sau iritativ, care poate fi relativ ușor evidențiată atunci când este prezentă.

Adenomul de prostată este una dintre cele mai comune patologii ale bărbaților trecuți de 50 ani, care poate duce la apariția unei simptomatologii a tractului urinar inferior (urinare deasă în timpul zilei, urinare pe timpul noptii, jet urinar slab, urinare dificilă, senzația de golire incompletă, urinare cu picături). Înaintarea în vîrstă și androgenii testiculari joacă un rol central în apariția acestiei afecțiuni.

Explorările de bază în stabilirea diagnosticul HBP sunt:

- tușul rectal
- ecografia transabdominală a prostatei
- dozarea P.S.A.-ului seric

PSA-ul, cel mai valoros marker din biologia umană, este o proteină produsă aproape exclusiv în celulele epiteliale ale prostatei.

Valorile crescute ale PSA semnifică modificări în prostată cauzate de:

- HBP (adenom al prostatei)
- cancer de prostată
- prostatită

PSA-ul crește, în mod obișnuit, progresiv, existând valori specifice fiecărei decada de vîrstă.

Neratat, adenomul de prostată poate duce la o serie de complicații, după cum urmează:

Retenția Acută Urinară (RAU) este una dintre cele mai comune complicații și, de regulă, necesită spitalizarea. În HBP, RAU este considerată indicație pentru chirurgie prostatică.

Alte posibile complicații sunt: litiază vezicală, ITU (infectii de tract urinar inferior), diverticuloza vezicală (afectarea vezicii urinare), uropatia obstructivă (urmată de hidronefroză), insuficiența renală cronica, hematuria etc.

În prezent, 65% dintre adenoamele de prostată sunt tratate medicamentos, indicația chirurgicală fiind stabilită doar în cazurile complicate.

Cancerul de prostată (CP) reprezintă o cauză importantă de morbiditate și mortalitate în întreaga lume.

Cancerul de prostată este un proces neoplazic (malign) eterogen, cu evoluție relativ lentă, fiind ne-

cesari aproximativ 25 de ani pentru a evoluă de la o leziune focală la o formă malignă agresivă.

În anul 2004, incidența CP a ajuns la valoarea de 21,01%, ceea ce plasează țara noastră printre țările cu o valoare medie a incidenței CP, luând în considerare țările central și est-europene. În 2006, incidența CP a atins o valoare de 22,82 % și creșterea se înregistrează în continuare.

În anul 2008, incidența CP în România a fost de 30,67/100.000 locuitori, ceea mai mare creștere fiind înregistrată la grupa de vîrstă 45-64 ani.

În cadrul Clinicii de Urologie a Spitalului Clinic "Prof. Dr. Th. Burghel" incidența CP, comparativ cu alte localizări neoplazice urinare, îl plasează pe locul al doilea după cancerul vezicii urinare și înaintea tumorilor renale maligne.

În cadrul celor mai frecvente afecțiuni maligne ale sexului masculin CP ocupă în România locul al treilea după cancerul pulmonar (5937 cazuri/an) și cancerul gastric (2170 cazuri/an).

În majoritatea cazurilor CP poate determina o simptomatologie urinară (asemănătoare cu adenomul de prostată), ceea ce îndreaptă atenția medicului către o suferință a prostatei.

În ultimele decade ale secolului trecut, o serie de noi metode de diagnosticare a CP dintre care cele mai importante sunt P.S.A.-ul seric și ecografia transrectală cu punție ecoghidată multiplă s-au adăugat la cele considerate deja clasice - tușeu rectal (TR), fosfatază acidă prostatică. Utilizarea acestora în cadrul unor protocole de diagnostic au făcut ca numărul cazurilor de CP, diagnosticate în stadiul local avansat sau metastatic, să scadă în mod semnificativ în ultimii 30 de ani.

În conformitate cu protocolul Asociației Europene de Urologie, Asociația Română de Urologie și Consiliul Național al Prostatei recomandă ca fiecare bărbat peste 50 ani să aibă, în fiecare an, un examen clinic complet, care să cuprindă tușeu rectal (TR) și o dozare serică a P.S.A.-ului seric total.



Pentru bărbații cu risc crescut de CP (istoric familial de CP înregistrat la rude de gradul I – II) această verificare ar trebui să înceapă la 40 de ani. Dacă la acești pacienți valoarea P.S.A.-ului seric este = 1ng/ ml, determinarea poate fi făcută la 2 ani. Dacă P.S.A.-ul are o valoare între 1 și 2,5ng/ml, determinarea se va face anual, iar dacă P.S.A.-ul are valori >= 2,5ng/ml punția biopsie prostatică este indicată.

În ciuda numeroaselor modalități de investigație existente actual, singura explorare care stabilește diagnosticul de certitudine în CP rămâne examenul microscopic al țesutului prostatic obținut prin punție biopsie prostatică. Adoptarea unei atitudini terapeutice este strâns legată de rezultatul acestui examen.

Metastazele osoase apar la aproximativ 65-75% dintre pacienți, având CP în stadiu avansat, leziunile osoase apărând tipic la nivelul coloanei lombare, coastelor și pelvisului. Aceste leziuni determină complicații importante, incluzând fracturi pe os patologic, compresia coloanei vertebrale și dureri osoase debilitante. Morbiditatea osoasă este în mod particular problematică pentru pacienții având CP, deoarece evoluția clinică a metastazelor osoase la acești pacienți este relativ lungă; după diagnosticarea acestora, pacienții având CP supraviețuiesc în medie între 12 și 53 de luni, în funcție de statusul lor hormonal la prezentare.

Este unanim acceptat faptul că CP diagnosticat în stadiul localizat, atunci când este limitat la glandă, poate beneficia de tratament curativ. În acest scop, noi metode de diagnostic au completat în ultimii ani vechiul protocol investigațional. Ca urmare, procentajul pacienților cu CP diagnosticat în stadiul local avansat și/sau metastatic, comparativ cu cei în stadiul localizat, s-a modificat.

Dacă în 1960 numai 10% din pacienții cu CP diagnosticat erau în stadiul localizat, la începutul anilor '80 acest procentaj ajunsese la 15%. În 1986, același studiu evidenția că 40% din CP diagnosticate erau în stadiu localizat. Evaluările efectuate între 1992 și 1999 au arătat că, în SUA, 86% din CP au fost diagnosticate în stadiul localizat sau local avansat.

Supraviețuirea la 5 ani, a pacienților cu CP, este diferită în funcție de stadiul în care este diagnosticat. Dacă, pentru stadiile localizate, aceasta poate ajunge la 100%, pentru stadiile avansate supraviețuirea la 5 ani este de numai 33,5%.

# Reabilitarea protetică estetică și funcțională a aparatului auditiv



**■ Indiferent de vîrstă, aparatul auditiv poate fi afectat, total sau parțial, estetic și funcțional, în malformații congenitale, accidente, operații pentru infectii sau tumori benigne, maligne (cancer). Consecințele afectează relațiile persoanei respective cu cei din jur, viața socială, educația copiilor, viitorul acestora.**

**R**eabilitarea protetică redă înfățișarea și auzul aproape de normal. Pavilionul auricular - atât la vîrste mici la copil cât și la adult -, dacă metodele chirurgicale au eșuat din cauza pierderii mari de substanță, se poate reface din silicon, cu o tehnică specifică, și i se redă forma, culoarea, elasticitatea apropiate de normal, cu o bună integrare în anatomia regiunii respective, prin fixare cu adeziv sau implanturi de titaniu și minimagneți. Pacientul desfășoară o viață normală, în familie, școală, societate, evitându-se astfel stresul anestezic și operator. S-a dovedit că siliconul implantabil transportă oxigenul și, pentru această calitate, este folosit și la confecționarea valvelor cardiace.

Implantul de titaniu inventat în 1950 de profesorul suedez Branemark, determină, printr-un proces de oxidare, creșterea celulelor osoase din jurul implantului = proces de osteointegrare, iar implantul devine parte integrantă a corpului în zona de fixare a lui: în cazul reabilitării estetice a pavilionului auricular sau la reabilitarea funcțională auditivă cu proteză ancorată pe os, în spatele urechii; în hipoacuzii de transmisie sau mixte; în perforații de timpan din otite supurate cronice sau accidente, tumori; absența congenitală, malformații de ureche medie, oscioare, otoscleroză, evidare petromastoidiană, cancer, traumatism mastoidian.

Proteza ancorată pe os folosește și drept cale de transmitere a sunetului - calea osoasă - și se recomandă când protezele auditive obișnuite, care folosesc calea aeriană, nu sunt eficiente. Sunt și cazuri când proteza BAHA (fixarea chirurgicală cu implant

de titaniu a protezei auditive parțial implantabile – BAHA) se folosește dacă pacientul, copil fiind, are o hipoacuzie neurosenzorială bilaterală severă, mixtă și părinții nu sunt de acord cu folosirea implantului cochlear, pentru a crăta copilul de o intervenție auriculară mai laborioasă. Auzul este reabilitat aproape de normal, printr-o operație simplă, fără riscuri - pacientul aude imediat, fără a necesita exerciții lo-gopedice, iar prețul de cost este mult redus față de alte proteze auditive implantabile.

Proteza BAHA se folosește, prin fixare cu o banderolă elastică, de la vîrste foarte mici - chiar de la 2 săptămâni de la naștere -, pentru a ajuta din vreme copilul să-și însușească și dezvolte limbajul, proces care începe, de obicei, în jurul vîrstei de 2 ani. După 5 ani, proteza se fixează pe os cu implant de titaniu. Astfel, prin această metodă modernă, fără solicitarea prea mare a familiei și copilului, se poate obține o reabilitare completă estetică și funcțională (auditivă) a pacientului, cu rezultate foarte bune, cu implicații psihologice aproape de normal, o integrare completă a individului în societate, creșterea încredierii în sine și îmbunătățirea calității vieții acestuia.

**■ Dr. Elena Latcan**

Medic Primar ORL, Doctorand  
Competență Chirurgie Reconstructivă,  
Reabilitare Protetică oro-maxilo-facială,  
[www.latcan.ro](http://www.latcan.ro)

# Congresul Național Bolile Cronice Netransmisibile

**Prevenție - Tratament - Monitorizare**

**Primul congres din România pe tema celei mai dezbatute probleme mondiale de sănătate a secolului XXI!**

**24 - 25 februarie 2012, București**

Cele mai noi metode de diagnostic, tratament, prevenție și monitorizare ale celor mai frecvente boli cronice netransmisibile:

**bolile cardiovasculare și cerebrovasculare**



**diabetul și obezitatea**

Evenimentul  
va fi creditat  
cu puncte  
EMC



**bolile cronice pulmonare**



**cancerul**



**[www.bolicronice-netransmisibile.ro](http://www.bolicronice-netransmisibile.ro)**

Președinte congres: Prof. univ. dr. Nicolae HÂNCU

Președinte de Onoare al Federatiei Române  
de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice

Co-președinte congres: Acad. Maya Simionescu, Vicepreședinte Academia Română (1998 - 2008)

Vicepreședinti congres:

Prof.univ.dr. Dan Gață, Președinte Fundația Română a Inimii

Prof.univ.dr. Maria Mota, Președinte Ales Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice

Conf.univ.dr. Ioan Andrei Vereșiu, Președinte Federatia Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice

Conf.univ.dr. Gabriela Roman, Președinte Asociația Română de Studiu al Obesității

Prof.univ.dr. Florin Mihălțan, Președinte Societatea Română de Pneumologie

Conf.univ.dr. Alexandru Irimie, Manager Institutul Oncologic „J.Chițcu”

Parteneri științifici:



Management conferință:

**Sănătatea**  
**PRESS GROUP**

## Cazuri clinice



**Dr. Iuliana Avadanei**  
Centrul de Sănătate  
Medireflex

■ D.A., în vîrstă de 35 ani, se prezintă cu senzație de balonare în epigastru, scaune moi, senzație de arsură anală, greață, gust amar, salivă groasă, lipicioasă, stare de indispoziție generală. Starea se agravează în urma consumului de grăsimi, dulciuri și solicitări prin stări emoționale negative. Limba este roșie cu depozit gălbui, pulsul este rapid. Diagnosticul de colon iritabil, în MTC (medicina tradițională chineză) devine Sindrom de Umiditate-Căldură în Splină.

Tratamentul prin acupunctură a urmărit scăderea căldurii, eliminarea umidității și armonizarea organelor digestive. Puncte folosite (E36, GI11, RP6, E37, E39).

După 15 ședințe pacienta s-a echilibrat, stările de rău încetând treptat.

■ L.T., în vîrstă de 56 de ani, diagnosticat cu Sindrom Parkinsonian, prezenta debut de rigiditate și tremurături, încetinirea mișcărilor voluntare, senzație de opresiune în cutia toracică, greutate în



membre, constipație, dureri de cap, gura uscată, limba de culoare roșie, cu depozit galben și gros, puls rapid.

Tratamentul a fost prin homeopatie (remediu Alumina) combinat cu acupunctură (Sdr. de flegmă-căldură cu Sdr. de Vânt). Puncte folosite (VG20, VG14, VB20, GI4, F3, TR5, Taiyang). A urmat 20 de ședințe, starea lui îmbunătățindu-se semnificativ. Între seriile de ședințe de acupunctură a făcut 20 ședințe de reflexoterapie.

■ B.H., în vîrstă de 27 de ani, diagnosticat cu tulburare anxios-depresivă în urma unor solicitări afectiv-emoționale și profesionale, prezintă stare de anxietate asociată cu semne de labilitate emoțională, care se agravează la efort psihic, insomnie, palpitării, transpirații spontane, oboseală.

Tratamentul prin acupunctură a urmărit restaurarea Qi a inimii și armonizarea funcțiilor psihice. Puncte folosite (E36, C7, IG3, VC4). După 10 ședințe starea pacientului s-a ameliorat foarte mult.

Starea de sănătate se obține atunci când energiile în organism circulă hrănindu-se unele pe altele, mintea este liniștită și spiritul împăcat, iar trupul este armonios și fără dureri.

**Centrul de Sănătate Medireflex**  
**Homeopatie-Acupunctură**

[www.medireflex.ro](http://www.medireflex.ro)

021.327.20.61

# Suplimente alimentare bune

**Numărul celor care folosesc suplimente alimentare este în creștere în ultimii ani, mai ales în țările dezvoltate. Astfel, două treimi dintre americani iau astfel de pastile și peste trei sferturi dintre doctori le recomandă pacienților.**

Important de știut este că nu toate suplimentele alimentare sunt bune, mai ales dacă sunt utilizate fără discernământ.

S-a întocmit o listă cu patru dintre suplimentele care au susținere științifică prin numeroase cercetări ce au dovedit eficiența lor.

Cu toate acestea, cei cu boli cronice, ca și femeile însărcinate ar trebui să ceară întâi sfatul specialistului.

## 1. Uleiul de pește

Singurul supliment alimentar despre care s-a demonstrat că poate micșora riscul decesului din cauze cardiace este uleiul de pește (macrou, ton, somon și alți pești grași), care conține o cantitate semnificativă de acizi grași Omega-3, care stabilizează sistemul electric al inimii, 1 gram de Omega-3 pe zi având efect protector.

Uleiul de pește scade nivelul tensiunii arteriale, al trigliceridelor și încetinește formarea plăcilor arteriale; grăsimile furnizează cea mai mare cantitate de energie - 9 calorii/g - de 2 ori mai mult decât carbohidrații și proteinele. Un consum adecvat nu îngrașă, ci furnizează o cantitate sporită de energie.

În condițiile extreme ale vremii este foarte utilă folosirea uleiului de pește ca sursă de energie metabolică și protecție cardiacă.

Omega-3 constituie cărămidile de temelie ale formării creierului, ajută la încetinirea degradării celulei nervoase, fiind o adevarată hrana pentru creier, și are efect antiinflamator, care se face simțit la nivelul articulațiilor, dar și la nivel digestiv și muscular.

Un ulei de pește deosebit este cel din ficat de rechin, care nu conține Omega-3, dar sporește puternic imunitatea, ajută la vindecarea rănilor, îmbunătățind starea de sănătate și vitalitate. Este unul dintre cele mai puternice remedii naturale pentru combaterea răcelii, gripei și a oboselii cronice.

## 2. Vitamina D

Așa cum arată statisticile, peste jumătate dintre oameni nu beneficiază de o cantitate suficientă de

vitamina D (prin expunere directă la razele solare sau prin mâncare - alimente precum peștele sau cerealele fortificate). Analize de laborator și studii realizate pe sute de voluntari arată că această vitaminiă mărește absorbiția calciului și luptă împotriva apariției cancerului de sân, colorectal, ovarian sau a altor tipuri de cancer. Totodată, poate să reducă riscul de a face diabet de tip 1, scleroză multiplă și artrită reumatoidă. Prea puțină vitamina D poate cauza moarte prematură din pricina bolilor de înimă, fibromialgie și osteoartrită. Conform ultimelor cercetări medicale, Vitamina D este esențială fiind considerată factorul declanșator al imunității. Doza recomandată este de 1.000 UI de vitamina D pe zi, plus expunere la soare 5-10 minute, de câteva ori pe săptămână.

**Uleiul din ficat de cod este o sursă naturală de Omega-3 și vitamina D și A.**

## 3. Reducol

Acesta conține steroli și stanoli din plante, substanțe care reduc colesterolul „rău“ (LDL) cu 20% mai mult, comparativ cu medicamentele create special pentru acest rol. Persoanele care au un colesterol ridicat au nevoie de 2 g de steroli și stanoli pe zi, dar cantitățile din fructe, legume și semințe nu sunt suficiente.

## 4. Pycnogenol

Conține extract din scoarță de pin, a fost subiectul a peste 200 de studii. Pacienții bolnavi de osteoartrită care au luat Pycnogenol timp de 3 luni au simțit ameliorări ale durerii și rigidității cu cca 35-55%. Extractul de pin are proprietăți antioxidantă și antiinflamatoare.

Medicii atrag însă atenția asupra câtorva dintre acestor suplimente, din cauza faptului că sursele naturale în care se găsesc sunt mai accesibile, astfel că s-ar putea ca organismul să aibă deja cantitatea necesară, fără să mai fie nevoie de ceva în plus.

Atenție la excesul de acid folic, vitamina E, seleiniu, beta-caroten etc.!

**■ Saga Sănătate**

[www.sagasanatate.ro](http://www.sagasanatate.ro)

Tel: 0722.810.692



## Pacienții întreabă - medicii răspund

### Întrebare pacient

Am fost diagnosticată cu Sindrom de hiperlaxitate a ligamentelor de la genunchi, bilaterală. Am 25 de ani, am făcut 4 ani de sport de performanță (baschet), am 1.62 înălțime și 65 de kg. De mai bine de un an am dureri fff mari, mai ales la genunchiul stâng. Durerea este puternică și în poziția săzuit sau când sunt întinsă în pat. Nu mi s-a umflat nici o dată genunchiul, dar simt că parcă oasele s-ar zdrobi și îmi scapă genunchiul. Durerea este continuă, foarte rar se întâmplă să nu mă doară. Am fost la medic și mi s-a spus că este nevoie de operație, dar, vreau să întreb, nu există o altă soluție? Nu mai fac nici un fel de sport de un an de zile dar durerile nu au cedat ci s-au aplificat.



**Dr. Georgiana Tache**  
clinica Medical Care

După ce faceți un examen RMN, veți putea să ști cu siguranță ce este de făcut. Până atunci, recomand tonifierea musculaturii satelită genunchiului, în special a cvadricepsului.

### Întrebare pacient David

Am căzut în genunchi și am făcut entorsă de gradul 2; plus sânge la genunchi din cauza cazăturii; au încercat să-mi extragă sângele din genunchi dar deja se închegase și nu a mai fost posibil. Întrebarea mea: este nevoie de operație pentru a-mi scoate sângele de la genunchi sau la ce să mă aștept?

#### Dr. Georgiana Tache – clinica Medical Care

Dragă David, raportat la vîrstă ta și la nivelul efortului fizic pe care îl faci, chiar și în activitățile zilnice obișnuite, nu neapărat sportive, ar trebui să consideri cu seriozitate orice acumulare de sânge în articulația genunchiului, deoarece atunci când apare, însă este leziuni ceva mai serioase ale structurilor interioare, cum ar putea fi și o ruptură incompletă sau completă a ligamentului încrucișat anterior. Prin urmare, dacă genunchiul tău nu este doar „mărit” datorită săngelui sau edemului, cum spunem noi, dar mai este și dureros și instabil la mișcări, atunci ar trebui să faci un examen RMN. Dacă a trecut ceva timp de la entorsă, care pare de gradul 3, din moment ce ai avut și he-

martroză, adică sânge în articulație, orice punctie eva-cuatorie este inutilă. Deci, recomand un RMN, consul-tul unui ortoped și/sau consultul meu. O variantă lu-crativă ar fi să începi cu proceduri de fizioterapie care să presupună și un anumit tip de kinetoterapie dar cu cineva care să albă experiență în domeniul.

### Întrebare pacient

De câteva zile mă confrunt cu „musulițe zbură-toare“ care îmi apar în câmpul vizual. Uneori îmi și fulgeră pe la coada ochiului. Ca să nu fac scenarii care să mă sperie și mai tare, am făcut un consult de specialitate, cu fund de ochi etc. Mi s-a spus că nu sunt probleme grave, că trebuie să mă obișnuesc cu ele, să le ignor și mi s-a recomandat Vitreoclar +. Mă îngrijorează totuși fulgerele acelea, dar mi s-a spus că nu se vede nimic grav la control. Ce sfat îmi dați? Vă mulțumesc anticipat!



#### Dr. Filip Andrei – Ama Optimex

În general nu este bine să dau sfaturi fără să văd despre ce este vorba. Din căte îmi povestesc indicațiile medicului par corecte. În general aceste fenomene nu trebuie neapărat să însimne ceva grav. În timp, aceste muscu-lițe („miodezopsii“, în terminologie medicală) pot dis-părea dar se poate să și apară altele noi. Dacă fulge-rele vor continua, vă recomand un al doilea consult oftalmologic.

### Adriana Ștefănescu

Mama mea, în vîrstă de 85 de ani, are degenerență maculară senilă. Este foarte deprimată din cauza faptului că-i scade vederea. Vă rog să îmi spu-neți dacă există și alt tratament în afară de Nutroff Total, pe care îl ia de 1 an. Vă mulțumesc.

#### Dr. Filip Andrei

Vă recomand să veniți cu mama dvs. la un con-sult. În funcție de stadiul și tipul bolii, putem decide tratamentul. Din fericire, astăzi foarte mulți pacienți cu acest diagnostic pot beneficia de tratament, cu re-zultate bune.

# MEDICAL MARKET

## CD bază de date!

### Baza de date medicală conține:

- ⇒ spitale (date contact, lista medici, dotări, servicii medicale prestate)
- ⇒ centre și cabinete medicale private
- ⇒ medici de familie
- ⇒ stomatologii
- ⇒ farmacii
- ⇒ furnizori de aparatură și consumabile medicale
- ⇒ selecțiile se pot face după tipul unității medicale, specialitate medicală, județ, denumire serviciu medical prestat, denumire aparat/instrument medical, nume sau/și prenume medic, cuvânt cheie aflat în denumirea unităților medicale sau în textul prezentărilor acestora
- ⇒ selecțiile pot fi salvate în formate compatibile Word sau Excel.

Comenzi la 021/321.61.23,  
redactie@finwatch.ro



*Cu ocazia  
Sărbătorilor  
de Iarnă,  
Echipa FinWatch  
vă urează  
La Mulți Ani!*

Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3, sc. 3,  
parter, 030775, sector 3, Bucureşti  
Tel: 021.321.61.23  
Fax: 021.321.61.30  
[redactie@finwatch.ro](mailto:redactie@finwatch.ro)

