160

FIN WATCH

săptămâna MEDICALĂ

Anul VIII ▪ Nr. 160 ▪ Decembrie 2012

saptamanamedicala.ro

Nu îţi neglija sănătatea: informează-te!

DIN SUMAR

Cătina albă un aliat de nădejde! 6

Bolile cronice neinfecţioase 12

Degenerescenţa maculară 18

Farmacia - „laboratorul" de servicii cu suflet 14

Lentilele de contact – sunt toate la fel? 22

Cum aleg **medicul stomatolog?** 34

Natural Pharmaceuticals

CALCIMAG B6 Sirop 150 ml

Conține/1ml soluție: Lactat de Calciu 26 mg, Citrat Malat de Calciu 6 mg, Lactat de Magneziu 25 mg, Vitamina B6 0,05 mg, Vitamina C 25 mg.

Siropul **CALCIMAG B6** conține calciu, magneziu și vitamina B6. Aceste trei elemente conlucrează pentru menținereasănătății sistemelor osos, muscular și nervos. Calciul este indispensabil structurii osoase, iar Magneziul controlează concentrația constantă a calciului din sânge, reglează ritmul cardiac și tensiunea arterială. Vitamina B6 stimulează producția de anticorpi și ajută la asimilarea în organism a proteinelor și lipidelor; asociată cu Magneziul și Vitamina C contribuie la creșterea imunității și a nivelului energetic al organismului.

Acest produs nu trebuie să înlocuiască un regim alimentar variat.

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

www.naturalpharmaceuticals.ro

Vaccinul, un rău necesar sau un bun perfectibil?

Campania anuală de vaccinare antigripală gratuită a început, la nivel naţional, cu 1 milion doze achiziţionate de Ministerul Sănătăţii contra sumei de 11 milioane de lei (acelaşi buget ca şi anul trecut) pentru imunizarea persoanelor cu risc ridicat de îmbolnăvire.

Vor fi imunizate, cu prioritate, persoanele cu vârsta peste 65 de ani, cu boli cronice, în special boli respiratorii şi cardiovasculare, boli metabolice, copii şi bătrâni instituţionalizaţi, personal medical, precum şi gravide, conform recomandărilor OMS şi ECDC.

Vaccinurile s-au dovedit uneori un mod de protecţie ineficient sau insuficient, sau au cauzat chiar decesul la un număr semnificativ de pacienţi (cum este cazul vaccinului BCC împotriva tuberculozei, administrat la nou-născuţi în maternitate), situaţie în care vaccinurile au fost retrase de pe piaţă şi s-a sistat temporar vaccinarea. Totuşi se consideră că statistic încă vaccinarea are un efect profilactic bun şi practicarea pe scară largă a decis dispariţia sau ameliorarea unor forme de boală.

Fabricarea şi perfecţionarea acestor vaccinuri pe scară largă nu are vechime mai mare de câteva decenii, de aceea poate că unele efecte adverse sunt încă insuficient de bine studiate şi stăpânite. Este normală chiar şi existenţa de puncte de vedere divergente ale specialiştilor referitor la vaccinuri, lucru care ar putea duce la dezbateri constructive. Dacă se reconsideră vechiul principiu din medicină, care spune că nu există boli, există doar bolnavi, atunci vaccinarea ar trebui să ţină cont şi de starea fiecărui vaccinat, în care poate modul de dozare şi de administrare ar putea fi decisiv? Aceeaşi mâncare unora le pică bine, altora le face rău! Rămâne ca doar practica medicală să stabilească viitorul vaccinării, chiar cu riscurile care decurg.

Călin Mărcuşanu

Sărbători fericite tuturor cititorilor revistei!

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Raportul noului preşedinte CNAS la preluarea atribuţiilor 4
Pacienţii cu poliartrită reumatoidă au nevoie de tratamente moderne . . .5
Cătina albă un aliat de nădejde! 6
Tulburări metabolice şi endocrine şi tratamentul cu neuroleptice atipice . . .8
Poveste de succes a unei farmaciste din Harghita. 11
Bolile cronice neinfecţioase – cum ne putem proteja? 12
Farmacia - „laboratorul" cu suflet. 14
Interacţiuni aliment-medicament 16
Degenerescenţa maculară. 18
Neuropatia optică ischemică anterioară 20
Lentilele de contact – sunt toate la fel? 22
Aparatele auditive – O privire de ansamblu 24
Artroscopia-metodă terapeutică a afecţiunilor umărului (II). 26
Sistemul, edemul şi drenajul limfatic . .28
Fibromialgia 29
Uleiul de argan – un must have al sezonului rece! . . 30
Curiozităţi privind corpul uman 32
Cum aleg medicul stomatolog? . . . 34

EDITOR
FIN WATCH
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

Raportul noului preşedinte CNAS la preluarea atribuţiilor

Pentru obținerea unei imagini **reale și obiective** asupra situației preluate de la vechea conducere a CNAS, nou numitul Preşedinte CNAS, dr. Doru Bădescu a solicitat:

- verificarea de către Corpul de Control al Primului-ministru a activităţii CNAS în perioada precedentă, precum şi implementarea şi funcţionarea SIUI, pe ultimii 10 ani.
- realizarea de către Curtea de Conturi a României a unui audit extern al CNAS, pe ultimii 10 ani.

În paralel, independent de instituţiile menţionate, CNAS, prin acţiuni de monitorizare şi control privind modul de utilizare a sumelor alocate prin bugetul FNAUSS, a identificat activităţi care, prin impactul patrimonial negativ produs, au necesitat sesizarea organelor competente în vederea cercetării şi dispunerii măsurilor corespunzătoare, după caz.

1. Sesizarea DNA cu privire la raportarea unor servicii neefectuate de către furnizori și neverificarea acestora la nivelul instituției.

- Servicii raportate ca ”urgenţe” la 26 de furnizori de servicii medicale clinice, ponderea acestora a fost peste 33% media pe ţară, ajungând chiar până la 95,65%.
- Raportarea de investigaţii multiple pe acelaşi pacient sau la tarife superioare: investigaţii paraclinice (ecografii) pentru care suma solicitată spre decontare reprezintă de 5-6 ori sau chiar de 7 ori valoarea investigaţiei, şi radiografii pentru care suma solicitată spre decontare reprezintă de 2, 4 sau chiar de 86 de ori valoarea tarifului per investigaţie.
- Servicii raportate dar neefectuate, urmare a trimiterilor între cabinetele medicale aparţinând aceluiaşi furnizor (metoda suveică).

2. Sesizarea DNA cu privire la decontarea unor servicii neefectuate de furnizori și nerespectarea procedurilor de achiziție publică privind închirierea sediului în perioada 2010 – 2012:

- Decontarea reţetelor pe care au fost adăugate poziţii noi faţă de reţeta originală.
- Raportarea unor servicii paraclinice neefectuate, pentru care nici nu au existat reactivi.
- Încălcarea prevederilor legale privind achiziţiile publice în cazul închirierii spaţiilor de funcţionare

3. Sesizarea DNA cu privire la modul de exercitare a atribuţiilor

- Abateri de la legislaţia financiar-contabilă:
  - » Neînregistrarea în evidenţa contabilă a unor creanţe în sumă de 78.370.734 RON constate prin raportul de audit al Curţii de Conturi.
  - » Efectuarea de plăţi fără prevederi bugetare.
  - » Neinventarierea tuturor elementelor patrimoniale, în valoare totală de 45.172.207 RON, din care creanţe de încasat, în sumă totală de 18.592.797 RON, obligaţii de plată faţă de creditori, în valoare totală de 26.579.410 RON, conform aceluiaşi raport de audit al Curţii de Conturi.

- Neluarea măsurilor pentru eliminarea neregulilor sesizate de organele de control, urmare a unor verificări anterioare:
  - » Nu s-au aplicat procedurile de executare silită în cazul contribuţiilor datorate de persoanele fizice asigurate. Suma constatată prin raportul Curţii de Conturi fiind 995.293 RON.

Pacienții cu poliartrită reumatoidă au nevoie de tratamente moderne

Societatea Română de Reumatologie atrage atenția asupra unei probleme cu care se confruntă de o lungă perioadă pacienții din România.

Din cauza neactualizării de peste 4 ani a listei medicamentelor compensate și gratuite, pacienții cu poliartrită reumatoidă nu pot accesa terapii biologice noi, care le-ar îmbunătăți semnificativ starea de sănătate și care ar putea opri evoluția bolii, cum ar fi, spre exemplu, medicamentele modificatoare de boală biologice, terapii ce sunt deja incluse în ghidurile de tratament aprobate de Ministerul Sănătății începând cu anul 2010.

« Distrugerea articulaţiilor la pacienţii cu poliartrită reumatoidă începe în stadiile incipiente ale bolii, aşadar este esenţial să putem interveni cu tratamente eficiente ce stopează distrucţia articulară, evitând astfel invaliditatea permanentă şi asigurând posibilitatea reîncadrării în campul muncii », a declarat Dna. Prof. Univ. Dr. Ruxandra Ionescu, preşedinta Societăţii Române de Reumatologie.

« Disponibilitatea şi pentru pacienţii din Romania a acestor terapii inovatoare ar fi extrem de utilă pentru că ar produce nu numai ameliorarea durerilor şi inflamaţiilor articulare, dar şi o certă influenţă a evoluţiei bolii pe termen lung. Alături de un diagnostic precoce, aplicarea unui tratament adecvat fiecărui pacient se încadrează între recomandările esenţiale EULAR (European League Against Rheumatism) şi OMS (Organizaţia Mondială a Sănătăţii) pentru prevenirea dizabilităţii articulare.» a declarat dl. Dr. Cătălin Codreanu, Preşedintele Ligii Române contra Reumatismului.

Terapiile biologice reduc inflamația și încetinesc progresia bolii la nivel articular, dar și în întregul organism. Mai mult, unele dintre aceste tratamente pot fi administrate pacienţilor şi ca monoterapie, în conditiile în care pacienţii nu au la dispoziţie nici chiar medicamentele asociate terapiilor biologice, pentru tratamentul acestei afecţiuni.

Poliartrita reumatoidă este o boală inflamatorie autoimună care afectează peste 180.000 de persoane din România. Poliartrita reumatoidă este o boală progresivă, ce se caracterizează prin inflamaţia unor articulaţii, deformarea şi reducerea mobilităţii acestora, conducând în timp la pierderea ireversibilă a funcţionalităţii normale.

Pacienţii cu poliartrită reumatoidă au un risc crescut de a dezvolta şi alte complicaţii ale bolii cum ar fi afecţiuni cardiovasculare, osteoporoză, anemie sau tulburări ale sistemului respirator.

Lărgirea paletei terapeutice, prin introducerea noilor tratamente, reprezintă un avantaj cert pentru pacienţi, avantaj ce nu încarcă suplimentar bugetele alocate afecţiunilor cronice, deoarece aceste noi molecule nu se administrează în asociere cu alte terapii biologice.

Societatea Română de Reumatologie
Bd. Ion Mihalache 37-39,
Spital Clinic Sf. Maria, Et 1, Secretariat
Tel: 021 222 40 64 • Fax: 021 222 40 64

Cătina albă
un aliat de nădejde!

Cătina albă (Hyppophae rhammnoides), este cunoscută încă din antichitate pentru efectele ei terapeutice miraculoase. Toată planta are valoare din punct de vedere medicinal, însă partea cu cele mai multe substanțe active este fructul, care conține de două ori mai multă vitamina C decât măcișul și de 10 ori mai multă decât citricele. Fructul conține și vitaminele liposolubile (A, E, F, D) și vitaminele hidrosolubile (C, K, P și întreg complexul B).

Siropul de catină obţinut din fructe prin presare la rece are aceleași efecte ca și fructele proaspete, deorece acest sirop pastrează nealterate și fără să se piardă toate substanțele active terapeutice. Pulpa din fruct se ridică în strat la suprafața siropului, iar deasupra ei se găsește o peliculă de ulei, care dă siropului calitate terapeutică dar il și protejează. Uleiul din fructe de cătină albă este cel mai valoros din punct de vedere medical.

Cătina albă este un biostimulator de excepţie, un regenerator și un energizant dintre cele mai puternice, calităţi datorate conţinutului bogat în serotonină, un hormon cerebral cu rol vasodilatator, precursor al melatoninei, implicat în sinteza proteinelor și în reglarea nivelului glucozei, și are prin urmare un efect antistres; este un antioxidant eficace, evită formarea radicalilor liberi, este un bun imunomodulator, stimulând răspunsul imun al organismului în apărarea antibacteriană. Cătina este și un foarte bun antiinflamator și inhibă pofta de mâncare în cazul unor tratamente ale obezităţii.

Fructele de cătină pot fi consumate ca atare, ca sirop sau ca ceai. In caz de răceala sau gripă și sensibilitate la răceli, se iau preventiv 4-5 linguriţe de sirop de cătina pe zi, pe stomacul gol, în cure de minimum trei săptămâni. Odată afecţiunea declanșată, se iau până la 10-12 linguriţe de sirop de cătină pe zi, pentru a hrăni organismul și a-l ajuta să se apere eficient.

În uz extern, cătina albă, datorită conţinutului bogat în componente nutritive esenţiale pentru sănătatea pielii precum acizii grași nesaturaţi, are acţiune nutritivă, revitalizantă și de refacere, având ca efect principal încetinirea procesului de îmbătrânire. Acizii grași nesaturaţi au rol în producerea de prostaglandine, care reglează permeabilitatea membranei celulare împiedicînd îmbătrînirea și ridarea tenului.

Uleiul de cătină albă stimulează regenerarea pielii și este foarte eficient în tratamentul arsurilor, rănilor cu vindecare lentă sau al unor maladii ale pielii precum eritemele, uscăciunea, mâncărimile, eczemele, ajutând în vindecarea unor boli precum psoriazis și zona zoster. Aplicat direct pe piele, uleiul de cătină albă revigorează tenul obosit și protejează pielea de frig, vânt și radiaţii solare, deoarece are proprietăţi de filtrare a razelor ultraviolete și a altor tipuri de radiaţii cu efecte nocive asupra pielii.

Uleiul de cătină albă are valoare terapeutică atât ca uz intern (stimularea imunităţii organismului), cât și ca uz extern (având un rol important în cosmetica anti-rid). Planta de cătină albă este "o minune lăsată de Dumnezeu pe pământ" iar fructul de cătină este o "întreagă farmacie într-un fruct."

***Adina Mutu**, Farmacist - Farmacia 3*
www.farmacia3.ro

medco

OMRON

COMFORT CUFF™ fits normal and large arm sizes

OMRON M10-IT

4 ani garanție

OMRON a revoluționat industria odată cu lansarea *tensiometrului M10-IT* care dispune de câteva caracteristici noi și inovative:

- are o ***funcție de monitorizare a hipertensiunii arteriale matinale***, un risc major al sănătății.
- permite ***monitorizarea a doi utilizatori diferiți*** păstrând în memorie 84 de determinări pentru fiecare dintre aceștia.
- dispune de o ***funcție specială "mod automat"*** prin care se efectuează trei măsurători consecutive - conform recomandărilor Ligii Mondiale de Hipertensiune (WHL).
- acest aparat se poate ***conecta la un computer personal*** fiind livrat cu cablu USB și cu soft, dând posibilitatea printării rezultatelor sau trimiterii acestora către medicul specialist.
- are ***cel mai mare afișaj*** existent la tensiometrele actuale.

Mulți pacienți înregistrează cele mai mari valori ale tensiunii arteriale, dimineața la trezire. Această hipertensiune arterială matinală este cauza principală a unui număr mare de atacuri de cord și accidente cardiovasculare.

Acest nou tensiometru de la **OMRON** care are *funcție de monitorizare a hipertensiunii arteriale matinale*, reprezintă un aparat care vine în sprijinul medicilor și al pacienților în vederea reducerii acestui risc major.

All for Healthcare

Tulburări metabolice și endocrine
asociate tratamentului cu neuroleptice atipice

Introducerea antipsihoticelor atipice a fost un pas important, etichetat de către unii autori ca fiind revoluționar, în ceea ce privește managementul clinic al schizofreniei. Cu toate acestea, câteva studii recent efectuate și mai ales datele empirice culese de către clinicieni au condus la o observație alarmanta: un risc semnificativ crescut de tulburari somatice, ca urmare a tratamentului cu acest substanțe. Din acest motiv, Agenția Națională a Medicamentelor și Alimentelor (FDA) a solicitat ca toate neurolepticele să fie prescrise împreună cu note de informare pentru pacienți, în ceea ce privește evenimentele adverse care rezultă din acest tip de tratament. Avertismentul a fost aplicat la toate neurolepticele, dar studiile clinice au arătat diferențe între neurolepticele atipice, unele dintre ele prezentând un risc mai mare comparativ cu altele.

Antipsihoticele de a doua generatie (atipice) sunt utilizate pe scară largă în tratamentul schizofreniei. Principalul element de siguranţă care le distinge de neurolepticele clasice este tendinţa lor mai mică de a produce evenimente adverse extrapiramidale. Cu toate acestea, există o controversă terapeutică cu privire la potenţialul de evenimente somatice adverse în timpul tratamentului cu antipsihotice de a doua generaţie, în special diabet zaharat de tip 2, hiperprolactinemie, creştere în greutate, profil lipidic aterogen, boli cardiovasculare. Aceste tulburări somatice conduc la o morbiditate și mortalitate crescute în rândul pacienţilor schizofreni și scad totodată complianţa la tratament.

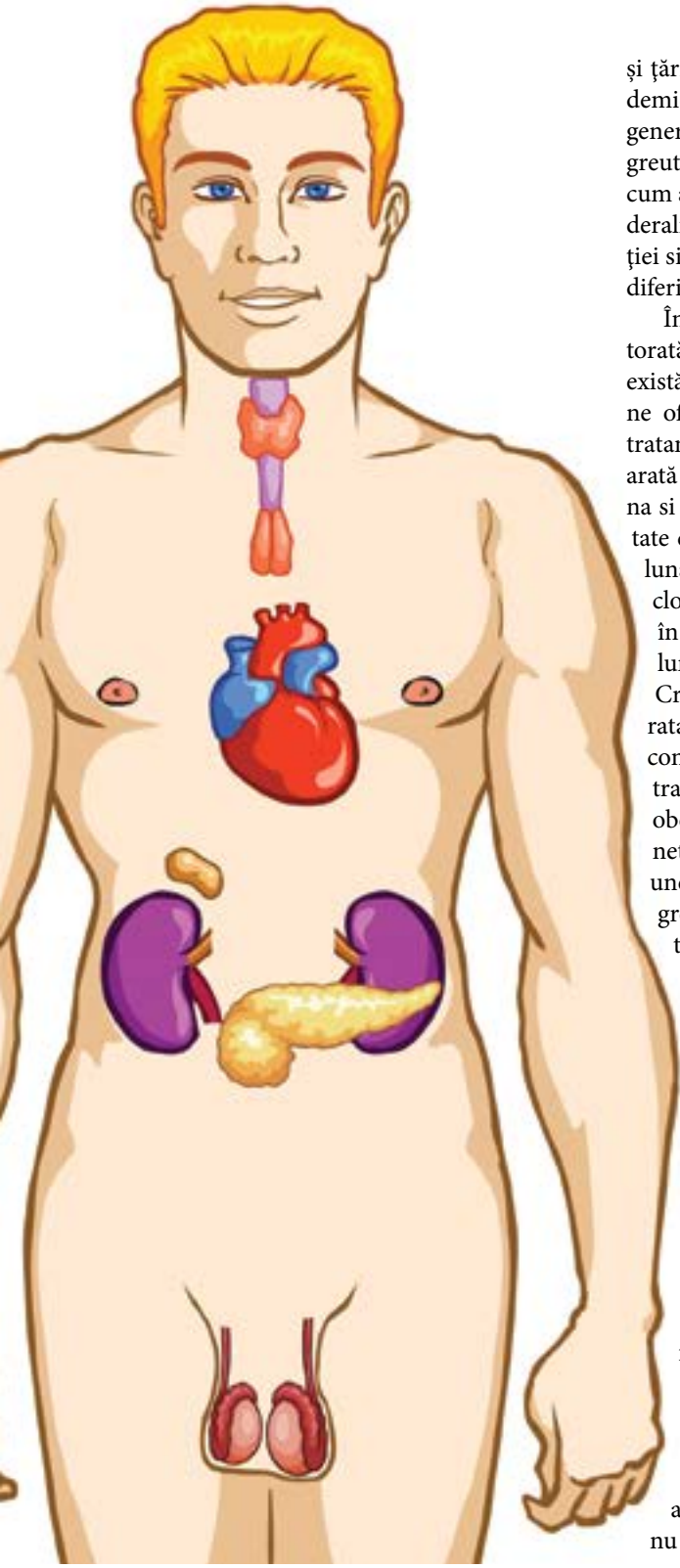
Pacienţii diagnosticaţi cu schizofrenie suferă mai frecvent de tulburări somatice sau metabolice, comparativ cu populația generală. Acest fapt a fost demonstrat înainte la de introducerea tratamentului antipsihotic, la începutul anilor 1950. Studii recente arată că diabetul zaharat de tip 2 are o incidenţă crescută la pacienţii cu schizofrenie, comparativ cu grupurile de control. Datele de cercetare arată de asemenea că, la primul episod, pacienţii schizofrenici au adipozitate viscerală crescută[1], toleranţă la glucoză modificată și o rezistenţă crescută la insulină, deși nu au primit tratament neuroleptic.

Mecanismele de apariţie a tulburărilor metabolice sunt încă insuficient cunoscute, dar putem vorbi de creşterea rezistenţei la insulină (sindrom metabolic) a celulelor musculare și adipoase care duce la diminuarea pătrunderii glucozei în aceste celule, scăderea utilizării si stocării glucozei la acest nivel sub formă de glicogen si trigliceride. De asemenea, în celulele adipoase creşte hidroliza trigliceridelor având ca efect creşterea nivelului acizilor grași în plasmă. La nivel hepatic, creşterea rezistenţei la insulină se traduce prin eliberare crescută de glucoză în sânge. Efectul global este cel al unei insulinemii și glicemii crescute. Rezistenţa la insulină duce la o creştere a producţiei de insulină din celulele beta pancreatice. Dacă funcţia pancreatică este intactă și activarea compensatorie a celulelor beta conduce la producerea unor cantităţi suficiente de insulină, modificări vădite ale metabolismului glucozei sunt puţin probabile. Daca, pe de altă parte, funcţia celulelor beta este afectată, consecinţa poate fi diabet de tip 2.

Neuroleptice și sindromul dismetabolic

• **Creştere în greutate**

Societăţile dezvoltate economic, cum ar fi SUA



și țările UE, se confruntă cu dimensiunile "epidemiei "de obezitate. Acest fenomen tinde să se generalizeze, rate îngrijorătoare ale excesului de greutate apar si în țările mai puțin dezvoltate, cum ar fi România unde proportia de supraponderali este în creștere continuă, în ciuda educației sistematice oferite populației în general prin diferite canale .

În ceea ce privește creșterea în greutate datorată administrării de neuroleptice atipice, există o serie de studii comparative care vin să ne ofere o perspectiva asupra riscului asociat tratamentului cu aceste substanțe. Aceste studii arată că antipsihoticele atipice precum olanzapina si clozapina au determinat creșterea în greutate cea mai importantă (valorile medii: 2,3kg/lună pentru olanzapină și 1,7kg/lună pentru clozapină). Risperidona provoacă o creștere în greutate mai mică (valoarea medie 1 kg/luna). La ziprasidona efectul este minim. Creșterea în greutate depinde direct de durata tratamentului, pare să fie continuă și se constată la pacienții obezi înainte de inițierea tratamentului, în egală măsură cu cei non-obezi. Cei mai afectați sunt pacienții tineri netratați anterior cu antipsihotice. Pentru unele neuroleptice atipice, rata de creștere în greutate este asociată cu răspunsul pozitiv la tratamentul psiho-farmacologic, cum ar fi clozapina și olanzapina. Un studiu dublu orb efectuat pe 151 de pacienți a relevat ca la 55% din pacienții ameliorați terapeutic s-au constatat și creșteri semnificative în greutate, pe când la cei a căror stare s-a înrăutățit nu s-au înregistrat creșteri. Prin urmare, ar putea fi declarat că obținerea unui răspuns terapeutic la pacienții tratați cu olanzapină sau clozapină este frecvent urmată de handicapul creșterii în greutate. Pe de altă parte, observații empirice clinice ale multor psihiatri cu experiență susțin faptul că administrarea oricarui neuroleptic la pacienții schizofrenici este urmată de creșterea în greutate.

Deși s-ar putea crede că doza de agent antipsihotic ar trebui să fie strans legata de amploarea creșterii în greutate, acest lucru nu pare să fie adevarat.

Antipsihoticele și dislipidemiile

Neurolepticele atipice sunt asociate, de asemenea, cu niveluri ridicate ale lipidelor. Datele colectate din studiile clinice arată că, la fel ca în cazul creșterii în greutate, olanzapina și clozapina par a avea riscul cel mai crescut. Olanzapina și clozapina sunt asociate cu un nivel ridicat al trigliceridelor, colesterolului total (crește fracția LDL și scade HDL) în comparație cu neurolepticele clasice- haloperidol sau alte neuroleptice atipice-risperidona. Dislipidemiile induse de tratamentul neuroleptic sunt importante clinic, deoarece o creștere de 10% a lipidelor duce la o creștere de aproximativ 20-30% a patologiei coronariene și a riscului cardiovascular.

Antipsihotice și diabetul zaharat

Diabetul zaharat reprezintă una din cauzele majore de morbiditate și mortalitate în societățile dezvoltate economic. Riscul crescut de diabet zaharat a fost observat la scurt timp după introducerea primei generații de antipsihotice (fenotiazine), în anii 50 și 60. Riscul este de 3 - 4 ori mai mare pentru dezvoltarea diabetului la pacienții tratați cu aceste substanțe. În cazul haloperidolului (butirofenona), riscul de diabet zaharat nu a fost prezent.

Diabetul zaharat a fost asociat, într-o proporție semnificativă, cu administrarea olanzapinei și clozapinei. În cazul olanzapinei, creșterea glicemiei a fost de aproximativ 15mg/dl, după un tratament de 9 luni. Cazuri de cetoacidoză severă, chiar și în absența creșterii în greutate, au fost observate la administrarea acestor medicamente. Mai mult, asocierea este subliniată și de faptul că retragerea olanzapinei conduce la normalizarea nivelului glicemiei la 80% dintre acești pacienți. Olanzapina a fost comparată cu haloperidolul și risperidona și arată în mod clar o creștere a riscului de diabet zaharat. Risperidona nu a fost asociată cu un risc mai mare în comparație cu neuroleptice clasice, dar prezintă totuși un risc crescut în comparație cu grupurile de control care nu au primit antipsihotice.

În concluzie

Complicații metabolice precum- obezitate, hiperglicemie, rezistență la insulină, diabet zaharat tip 2, cetoacidoză diabetică, dislipidemie au fost asociate cu antipsihoticele atipice. O mare parte din aceste date este reprezentată de observații empirice, studii retrospective și câteva studii prospective efectuate pe grupuri mici de pacienți. Cu toate acestea, datelele au declanșat un semnal de alarmă suficient de puternic pentru FDA pentru a solicita tuturor societăților producătoare de antipsihotice să informeze consumatorii lor cu privire la riscurile implicate. FDA nu a diferențiat aceste medicamente antipsihotice atipice. Un grup de experți provenind de la patru asociații profesionale, printre care Asociația Americană a Diabetului și Asociația Americană de Psihiatrie, a încercat, pe baza datelor existente, să organizeze antipsihoticele atipice pe un sistem ierarhic cu privire la riscul de tulburărilor metabolice. Prin urmare, clozapina și olanzapina au fost considerate a avea cel mai mare risc. O evaluare detaliată somatica (glicemie, profil lipidic, EKG, tensiune arterială, greutate, indice de masă corporală) și a antecedentelor patologice și familiale ar trebui să fie facute ca și o monitorizare atentă în timpul perioadei de administrare a acestora.

***Drd. Farm. George Echim**, Spec. Farmacie Clinică, Farmacia Ardealul*

[1]Adipozitatea viscerală - este considerată cel mai problematic tip de țesut adipos. Este grăsimea acumulată în zona abdominală, în interiorul și în jurul organelor vitale (ficat și inimă), și nu grăsimea care se găsește sub țesutul cutanat (grăsime subcutanată)

Poveste de succes a unei farmaciste din Harghita, prin îmbinarea forței plantelor medicinale cu știința

Doamna dr. farm. Melles Melinda, titulara brevetului de invenție pentru Diclofenac Gel compus, produs despre care am auzit numai cuvinte de laude de la cititorii noștri, consideră că cel mai important lucru în farmacie este că poți ajuta oamenii.

Având-o pe mama tot farmacistă, Doamna Melinda de mic copil s-a pregătit s-o urmeze în tainele leacurilor care pot aduce înapoi sănătatea oamenilor sau pot atenua durerile provocate de boli. Visul s-a împlinit și fetița care aspira descifrarea tainelor miraculoase ale farmacopeei a absolvit în anul 1996 Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu Mureș, actualmente activând în farmacia înființată și lăsată moștenire de mama sa.

Un drum lung a fost parcurs de Doamna farmacistă până la elaborarea acestor preparate inovatoare. Incă din anii studenției a arătat interes pentru plante medicinale, întocmind lucrarea de licență dintr-o temă care se ocupa cu studiul plantelor medicinale și efectelor benefice ale acestora. Acest interes a fost concretizată printr-o teză de doctorat, în partea practică a acestuia, făcând studii pentru un preparat topic cu diclofenac în combinație cu uleiuri volatile.

Produsele preparate în mica farmacie din comuna Ciumani sunt parcă miraculoase, înglobând nu numai priceperea științifică a celor care le pregătesc, o credință adâncă în Dumnezeu dar și aspirația Doamnei farmaciste de a aduce bucurii și sănătate în viețile celor care le folosesc.

„Este o senzație nemaipomenită când pacienții mă sună din toate colțurile țării, îmi trimit mailuri, scrisori și–mi povestesc că se simt mult mai bine datorită cremelor preparate de mine” – ne povestește ea.

Doamna Melles Melinda este adepta teoriei că trebuie să ne folosim de evoluția științei dar în același timp nu trebuie să uităm nici remediile naturiste, de ajutorul oferit omului de mama natură.

„Cred că trebuie să găsim o sinergie între efectul plantelor medicinale și a medicamentelor generate de om și găsind calea de mijloc, optimală, putem să avem o viață sănătoasă și fericită. Cred cu tărie că aceasta este principala sarcină în secolul XXI pentru farmaciști – găsirea unui echilibru sănătos între medicamentele sintetice și plantele medicinale oferite nouă oamenilor de Dumnezeu”.

Bolile cronice neinfecţioase se răspândesc la nivel de epidemii – cum ne putem proteja?

În ultimele decenii bolile cronice neinfecţioase (BCN) se răspândesc la nivel de epidemii în întreaga lume. Cele mai răspândite sunt bolile cardiovasculare, bolile cronice obstructive la plămâni, diabetul (mai ales cel de tip 2), bolile maligne.

Bolile maligne apar la bărbaţi, cel mai adesea la plămâni, intestinul gros și prostată; la femei apar la sân, colul uterin, intestinul gros și plămâni.

Cu mici variaţiuni, două dintre cele mai răspândite BCN sunt bolile cardiovasculare și bolile maligne, care reprezintă 60%-70% din totalul cazurilor de decese în lume, indiferent de stadiul de dezvoltare și amplasare geografică. O caracteristică foarte importantă a BCN este că apar tot mai des și la oameni tineri. În anul 2009 aproape o treime din decesele cauzate de BCN, la nivel mondial, au fost la persoane mai tinere de 60 de ani!

Apariţia și dezvoltarea acestor boli este un proces complex, iar factorii care le cauzează sunt numeroși. Parţial pot apărea ca moștenire genetică, dar cel mai adesea sunt cauzate de un stil de viaţă neadecvat (activitate fizică insuficientă, alimentaţie neadecvată, fumat, alcool, etc.), stres, factori poluanţi, o concentraţie ridicată de radicali liberi în organism.

Radicalii liberi sunt atomi, ioni sau molecule care au un electron nepereche în orbita exterioară, fiind extrem de reactivi și neselectivi, în efortul de a deveni stabili. Ei reacţionează cu ușurinţă și rapid cu moleculele celulare producând schimbări în structura și funcţionarea acestora (de ex. pot deteriora materialul genetic, membrana celulară, funcţiile organitelor celulare, etc.). În condiţii normale, radicalii liberi sunt neutralizaţi de componenta de apărare enzimatică și neenzimatică (antioxidanţi) a sistemului imunitar al organismului. Problema apare când concentraţia lor este atât de mare încât sistemul imunitar nu îi mai poate neutraliza.

Cei mai importanţi factori externi în creșterea concentraţiei de radicali liberi în organism sunt stresul, avitaminoza, factorii poluanţi introduși în organism prin aer sau hrană (metale grele, otrăvuri din pesticide, erbicide, conservanţi alimentari și amelioratori), radiaţiile ionizante, radiaţiile UV, unele medicamente, alcoolul, fumatul, activitate fizică intensă și susţinută. Cert este că la unii dintre acești factori ne expunem conștient, iar la alţii împotriva voinţei noastre, datorită modului de viaţă modern.

De la descoperirea lor și până azi, s-a dovedit că radicalii liberi sunt cauza dezvoltării a peste 100 de boli și stări patologice, de la bolile inimii și vaselor sanguine (boli coronariene, fibroza cardiacă, hipertensiune, infarct miocardic, ateroscleroză, angina pectorală, cardiopatia ischemică, etc.), la bolile pielii (psoriazis, procese inflamatorii, tumori maligne, inclusiv melanoame), rinichilor (rinitele cronice), sistemului osteo-articular (artrita reumatoidă), plămânilor (astm bronșic, boli cronice obstructive, alergii, sindromul de detresă respiratorie acută, tumori maligne), sistemului nervos central (Alzheimer, Parkinson, autism, AVC, dereglări obsesiv-com-

pulsive, tumori maligne), sistemului imunitar (boli autoimune, scleroza multiplă, tumori maligne), dereglează funcţia glandelor cu secreţie internă – glandelor endocrine (dereglarea metabolismului, diabetul, etc.).

Pentru a preveni apariţia acestor boli este necesar, în primul rând să schimbăm modul în care ne hrănim, să facem exerciţii fizice, mai multă mişcare, să renunţăm la fumat, alcool, şi să consumăm suplimente alimentare bogate în antioxidanţi, cea mai eficientă armă împotriva radicalilor liberi. Efectul maxim se poate obţine dacă se consumă un complex de antioxidanţi format din 6 dintre cei mai puternici antioxidanţi naturali, atent selectaţi şi astfel combinaţi, pentru a se obţine un puternic efect sinergetic. Este vorba de complexul GE 132.

Unul dintre cei mai cunoscuţi oameni de ştiinţă japonezi ai secolului XX, dr. Kazuiko Asahi, uimit de ciuperca reishi, sau Ganoderma Lucidum, singurul element natural care a crescut din cenuşa rămasă în urma bombelor atomice de la Nagasaki şi Hiroshima, a cercetat calităţile acestei plante şi a descoperit că ea conţine cei mai puternici antioxidanţi naturali cunoscuţi până în prezent. Studiind şi analizând calităţile acesteia şi adăugând alte câteva extracte naturale care conţin antioxidanţi foarte puternici, colectivul de cercetători condus de dr. Kazuiko Asahi a obţinut această formulă unică care conţine 6 extracte de antioxidanţi extrem de puternici: extract de Ganoderma Lucidum, extract de ceai verde, extract de lăptişor de matcă, extract de sâmburi de struguri roşii (resveratrol), dublu extract de ficat şi cartilaj de rechin, şi extract de muguri de măceşe.

Prin acţiunea imunomodulatoare asupra sistemului imunitar, şi prin reducerea concentraţiei de radicali liberi, complexul GE 132 ne ajută în menţinerea sănătăţii, iar când boala s-a instalat ne ajută, alături de tratamentul alopat, să oprim dezvoltarea ei şi să ne luptăm mai eficient cu boala.

Componentele complexului de antioxidanţi Ge 132 conţin proteine, aminoacizi, toate vitaminele, in special vitaminele A, C, E, B1, B5 si B17, oligominerale, hormoni, acizi graşi nesaturaţi. Acţionează favorabil asupra sistemului imunitar, având efect antibiotic şi antiviral. Ge 132 previne în mod semnificativ dezvoltarea bolilor cronice neinfecţioase. De asemenea, contribuie la diminuarea semnificativă a stărilor de greaţă şi de vomă, ca efecte secundare ale tratamentelor invazive în cazul bolilor maligne şi la creşterea eficienţei tratamentului alopat, împiedică formarea vaselor de sânge care hrănesc ţesuturile tumorale, contribuind la necrozarea acestora şi la stoparea bolii. Ge 132 reglează răspunsul imun al organismului, reduce dezvoltarea trombocitelor şi formarea cheagurilor de sânge. Ajută la normalizarea colesterolului şi zahărului în sânge şi la reglarea tensiunii arteriale. Are un rol important în prevenirea apariţiei aterosclerozei. Are şi efecte antialergice, antimicrobiene, antibacteriene, antimicotice şi antivirale, şi ajută la regenerarea celulelor ficatului după detoxifiere.

GE 132 este produs în Germania, conform standardelor industriei farmaceutice din Uniunea Europeană. Este înregistrat în 12 ţări şi are toate certificatele de calitate şi analize care îi garantează componenţa şi calitatea. De efectele complexului de antioxidanţi Ge 132 se bucură sportivi de performanţă recunoscuţi pe plan mondial. Ei au nevoie de multă energie şi de eliminarea radicalilor liberi produşi în urma efortului fizic deosebit. Ce este important, sportivii de performanţă pot consuma Ge 132, care este free anti doping, ceea ce garantează şi certificatul de Anti-Doping emis de Agenţia specializată din Keln, Germania.

Sursa: www.ge132.ro.

Farmacia - „laboratorul" de servicii cu suflet

Produsele farmaceutice necesită o componentă de servicii în farmacie. În mod evident, aceasta este o afacere de servicii, astfel că înțelegerea ei în acest mod este cu siguranță benefică pentru farmaciști. În acest context, trebuie să ținem cont de faptul că punctul critic în servicii este contactul cu serviciile, adică interacțiunea dintre furnizorul de servicii și client, așa-numitul moment al adevărului în servicii, scena familiară din farmacie în care pacientul lasă și ridică rețeta și este consiliat.

Această scurtă interacţiune, de al cărei management poate depinde creşterea şi căderea marilor corporaţii, este evaluată de clienţi în funcţie de următoarele dimensiuni:

- Încredere – abilitatea de a presta serviciile promise în mod garantat şi cu exactitate;
- Reacţie promptă – bunăvoinţa de a-i ajuta pe clienţi şi a le oferi servicii prompte;
- Asigurare – cunoştinţele şi politeţea angajaţilor, precum şi abilitatea lor de a transmite încredere;
- Empatie – atenţia plină de grija, individualizată, oferită clienţilor;
- Elemente palpabile – prezenţa facilităţilor fizice, echipamente, personal, materiale de comunicare etc.

Dintre aceste cinci dimensiuni, reacţia promptă rămâne cea mai apreciată de clienţi. Nu este nevoie de ceva complicat, faceţi doar ceea ce spuneţi că veţi face!

Evaluarea unui serviciu

Un aspect mai puţin cunoscut, dar cel puţin la fel de important, este cel legat de faptul că, în evaluarea unui serviciu, clienţii utilizează un standard psihologic, şi anume, ei îşi evaluează percepţiile în funcţie de aşteptările privind acel serviciu. În acest sens, lucrări recente au evidenţiat impactul emoţiilor în evaluarea calităţii serviciilor. Consumatorii îşi bazează evaluarea pe un amestec complicat de raţiune şi emoţie, în care emoţia joacă un rol mai important. Autori americani au dezvoltat o metodologie de îmbunătăţire a calităţii serviciilor, denumită Human Sigma, care le pretinde managerilor să nu gândească asemenea unor ingineri sau economişti atunci când evaluează prestarea de servicii, ci să introducă emoţiile în evaluare, să măsoare prestarea de servicii local, datorită enormei variaţii de calitate la acest nivel, decât să se bazeze pe calculele medii fluctuante ale companiei, şi să folosească o singură măsurare a eficienţei prestării de servicii. Pentru a îmbunătăţi calitatea serviciilor, organizaţia trebuie să se implice în instruirea pe termen scurt la nivel local, împreună cu modificările pe termen lung în angajare, promovare şi structură. Ceea ce subliniază valoarea abordării Human Sigma este faptul că, în principiu, clienţii implicaţi emoţional contribuie mai mult la rezultatul final decât clienţii mulţumiţi în mod raţional, ceea ce, din punct de vedere strategic, presupune necesitatea angajării emoţionale a clienţilor, chiar şi dincolo de măsurile tradiţionale de

loialitate și satisfacție (de exemplu, satisfacția totală, probabilitatea de a cumpăra din nou și de a recomanda etc.).

Prima măsură a angajamentului emoțional este încrederea:
"Compania își ține întotdeauna promisiunea?"

A doua măsură este integritatea:
"Sunt tratat așa cum merit să fiu tratat?"

A treia este mândria:
"Mă identific pozitiv cu Compania? "

Ultima este pasiunea:
"Este Compania de neînlocuit în viața mea? "

Clienții pasionali sunt rari. Implicația strategică a acestui lucru este faptul că, de regulă, clienții se fac unul câte unul, iar afacerile sunt construite cu câte un client, pe rând - un om relaționează cu alt om -,, cu alte cuvinte "de la om la om". De aceea, farmacia ar trebui să fie preocupată de găsirea și a altor mijloace, în special de natură emoțională, prin care să fie atrași și menținuți clienții, astfel încât loialitatea atent urmărită, orientată în direcția fidelizării clienților în mod corect, transparent și onest să aibă cu siguranță rezultate pozitive.

Clienții evaluează în permanență serviciile pe care le primesc, așteptările comparativ cu percepțiile și, de aceea, un manager prudent va proiecta, va administra și va vinde serviciul său pentru a face față acestui standard.

Dar ce înseamnă exact relații de calitate cu clienții? Probabil că, pe câți oameni i-am întreba, tot atâtea răspunsuri am primi și, totuși, rămânem cu toții de acord că relațiile bune cu clienții implică:

- Rezolvarea problemelor clienților fără dispute;
- Rezolvarea promptă a problemelor clienților;
- Oferirea unor specialiști competenți;
- Punerea la dispoziția clienților a unor persoane împuternicite să le rezolve problemele;
- Tratarea oamenilor cu demnitate și empatie;
- Corectarea greșelilor atunci când sunt făcute;

În mod intuitiv, toată lumea cunoaște și înțelege ce înseamnă un serviciu bun. Toată lumea a experimentat servicii și bune și de proastă calitate. Înseamnă, pur și simplu, a-i oferi clientului ceea ce el are nevoie, dar totuși este dificil. Înseamnă să o faci constant, de nenumărate ori.

S-a afirmat că marile companii apreciază beneficiul fiecărui client ca și cum ar fi un cont prețios. Scopul este să depozitați în acel cont, să adăugați mai mult decât să retrageți și să primiți dividende neașteptate. A adăuga în cont este simplu - oferiți servicii de calitate, ceea ce necesită planificarea, administrarea și vinderea serviciilor farmaceutice astfel încât rezultatele în percepția clientului asupra serviciului respectiv să-i depășească așteptările.

Serviciile superioare calitativ necesită și oameni și profesioniști acordați la nevoile clientului. Asigurați-vă atunci că angajații sunt împuterniciți și responsabilizați în munca lor!

Tratați-vă angajații în același mod în care doriți să trateze ei clienții!

Iar când lucrurile nu funcționează bine, așa cum o vor face inevitabil, rezolvați problema prompt și cu bună dispoziție! Despăgubiți oamenii nemulțumiți pentru cheltuielile lor! Reasigurați-vă că nu se va mai întâmpla din nou! Tratați-i așa cum ați dori să fiți tratați!

Livrarea de servicii de calitate este ușoară dacă are o bază solidă? Nu. Este plină de satisfacții? Da. Va gândi clientul când va ieși din farmacie "A fost o experiență plăcută"?

O organizație care nu va putea oferi permanent un nivel al serviciilor la care așteptările clientului să fie depășite de percepții, pur și simplu va dispărea.

Ana-Maria Stejar,
farmacist-șef, Farmacia Stejara Roman,
Președinta Colegiului Farmaciștilor, Neamț

Interacțiuni de tip **aliment-medicament**

La acest capitol de interacțiuni există, din păcate, reflexe vechi atât în rândul farmaciștilor cât și în rândul medicilor. Țin să subliniez că regula generală și corectă de administrare a medicamentelor per os se face pe stomacul gol (cel puțin cu 30 de minute, preferabil o oră, înainte de mese și/sau cel puțin cu 2, preferabil 3 ore după mese).

Dacă sunt mai multe medicamente, este recomandat, cât este posibil, să nu fie luate deodată, dar în aceste cazuri trebuie să cântărim corect situaţia: mai bine un medicament administrat nu 100% corect, decât administrat deloc, altfel spus, trebuie întotdeauna să ţinem cont şi de complianţa pacientului şi să individualizăm cea mai bună variantă de administrare a diferitelor medicamente în paralel. Bineînţeles că, logic, combinaţiile fixe de medicamente se iau „cuplate" (oricum nu se pot desface principiile active), aceste forme farmaceutice fiind testate şi, evident, având eficacitate şi împreună, cum e cazul binecunoscutului medicament rămas în subconştientul nostru sub numele de Biseptol. Desigur, orice regulă are excepţiile sale sau, altfel spus, „excepţiile întăresc regula", iar pornind de la acest enunţ nu putem nega că există medicamente care, din diferite motive clare, se recomandă totuşi a fi administrate postprandial.

Este clar că formele farmaceutice orale de medicamente AINS şi AIS se dau după mese pentru a preîntâmpina pe cât posibil efectele secundare la nivel gastrointestinal. Dar, şi aici, trebuie să ştim că acest mod de administrare - după mese - poate scădea eficacitatea şi viteza de acţionare a acestor preparate. Iată că nu degeaba producătorul medicamentului oral care conţine dexke-toprofen, în ciuda clasei de medicament AINS, recomandă administrarea înainte de mâncare, pe stomacul gol, pentru obţinerea unui efect analgezic rapid şi puternic. De asemenea, trebuie să ştim că şi capsulele de celecoxibum administrate după o masă bogată în lipide întârzie semnificativ viteza de absorbţie a preparatului, practic, prin metode de alimentaţie, putem obţine un efect retard în acest caz, care de multe ori poate fi chiar benefic.

Şi în alte clase de medicamente există produse care pot irita sistemul gastro-intestinal, iar în aceste situaţii (de exemplu la medicamentele: digoxin, teofilina, bromhexin, spironolactonă etc.) sfătuim pacienţii să şi le administreze după mâncare.

În mod paradoxal, sunt şi medicamente a căror absorbţie este în mod evident crescută dacă se dau după mese. Iată câteva molecule la care stomacul plin poate aduce un beneficiu terapeutic: itraconazol (mai puţin în cazul suspensiilor), lercainidipine, indapamidă, majoritatea statinelor, atenolol, spironolactonă, ketoconazol, venlafaxină. Este limpede că aceste situaţii le vor fi subliniate pacienţilor, iar pentru polimedicaţie se va face o schemă în care aceste medicamente vor fi recomandate a se administra postprandial. Este o greşeală omiterea acestui mic detaliu.

Un alt lucru interesant constă în faptul că băuturile acidulate cresc absorbţia medicamentului antifungic ketoconazol. Mai ales atunci când un pacient ia în mod cronic medicamente ce inhibă funcţia pompei de protoni, de tip omeprazol, sau dacă foloseşte antihistaminice H2, de tip ranitidină, ambele grupe de medicamente cresc PH-ul gastrointestinal şi astfel scade semnificativ rata de absorbţie la ketoconazol. În astfel de situaţii este foarte important să recomandăm pacienţilor care iau ketoconazol să bea înainte de administrarea medicamentului un pahar de cola - ignorând acest sfat, ei pot avea surpriza neplăcută ca medicamentul antifungic să nu-şi

facă efectul. Un exemplu în care interacţiunile aduc un beneficiu poate fi cel al cuţitului cu care putem tăia pâine dacă vrem, dar, pe de altă parte, putem răni fizic pe cineva. În concluzie, interacţiunile medicamentoase pot fi și benefice dacă stăpânim bine aceste mecanisme.

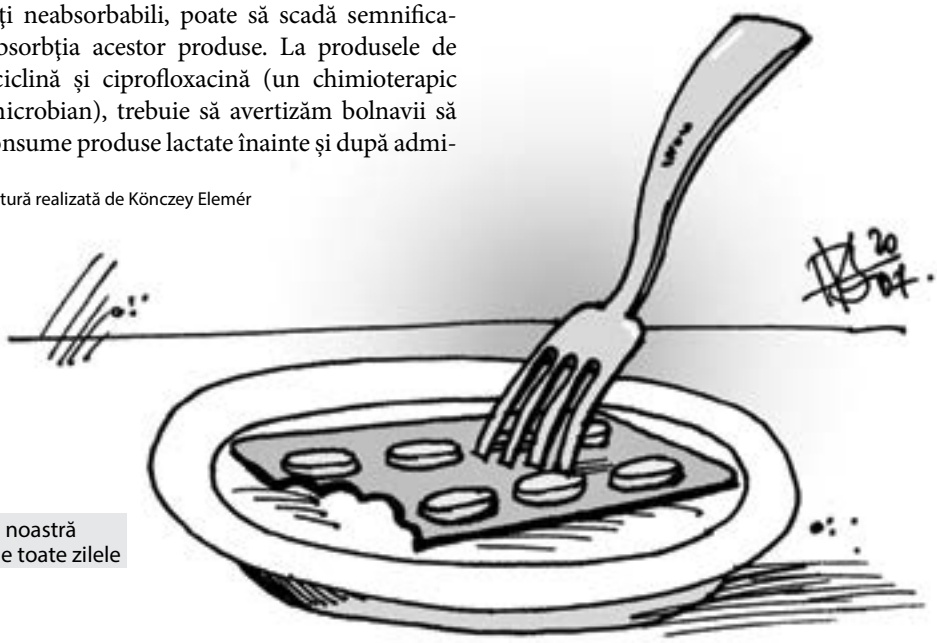
La pacienţii care au boala Parkinson și se află sub tratament cu Levodopa, dar care și consumă în mod repetat alimente cu conţinut mare de Vitamina B6 (Piridoxina), cum ar fi avocado, fasole, cartofi, bacon, ficat de viţel, carne de porc, pește etc., prin faptul că Piridoxina crește metabolizarea Levodopei pot apărea efecte de subdozare a medicamentului. Acest lucru e valabil și la suplimentele alimentare cu conţinut de Vitamina B6 - să nu uităm că e foarte la modă suplimentul alimentar combinat de magneziu cu vitamina B6. Din păcate, eliberarea sau, mai rău, recomandarea unui astfel de produs pentru un pacient cu boala Parkinson este o eroare profesională, care poate duce la scăderea efectului farmacologic, ceea ce nu este de dorit la o boală evolutivă, care, și fără astfel de interacţiuni nedorite, este foarte greu de stăpânit.

Mai există o băutură controversată de tip aliment, și anume laptele, care era considerat cândva un protector gastric și se recomanda cu tărie administrarea lui în același moment cu antibioticele. Iată că această teorie a picat, iar studiile și farmacologia au demonstrat că laptele, formând chelaţi neabsorbabili, poate să scadă semnificativ absorbţia acestor produse. La produsele de tetraciclină și ciprofloxacină (un chimioterapic antimicrobian), trebuie să avertizăm bolnavii să nu consume produse lactate înainte și după administrarea medicamentului cel puţin 2 ore, pentru a nu compromite eficacitatea tratamentului. Dar regula generală și la celelalte produse antimicrobiene este să fie administrate pe stomacul gol și cu apă plată. Doar persoanele sensibile, la nivel gastrointestinal, la anumite medicamente, cum ar fi cazul claritromicinei, pot fi sfătuite să-și administreze produsul după mâncare, dar totdeauna există riscul de subdozare în astfel de situaţii. Deci, trebuie cântărit individual acest aspect și nu există o reţetă universală.

Și, în fine, mai există un suc care face multe probleme, și anume sucul de grapefruit, care, printr-un conţinut de complex de falvonoizi, inhibă o enzimă la nivel gastrointestinal mai puţin și la nivel hepatic, și anume enzima CYP3A4, responsabilă de metabolizarea unui număr imens de medicamente (aproximativ 30% din medicamente trec prin această enzimă). Ca regulă generală, putem spune că toxicitatea acestor medicamente luate per os crește în prezenţa sucului de grapefruit, dar sunt cazuri când medicamentele sunt prodruguri, și atunci, prin scăderea metabolizării, putem ajunge la scăderea efectului farmacologic. Un lucru e sigur: pacienţii cu polimedicaţie ar trebui să evite consumul excesiv de suc de grapefruit.

Farm. spec. ***Horváth Géza***

Caricatură realizată de Könczey Elemér



Masa noastră
cea de toate zilele

Degenerescența maculară

Degenerescența maculară reprezintă deteriorarea maculei.

Macula este o mică arie a retinei la nivelul fundului ochiului, care ne permite să vedem clar detaliile fine și să îndeplinim activităţi cum sunt cititul şi şofatul. Când macula nu funcţionează corect, vederea centrală poate fi afectată de încețoșare, pete negre sau distorsiuni.

Degenerescența maculară afectează abilitatea de a vedea la distanță sau aproape. Astfel, anumite activităţi - cititul, introdusul aţei în ac - pot deveni dificile sau imposibile. Deși degenerescența maculară modifică vederea în porţiunea centrală a retinei, ea nu afectează vederea periferică. De exemplu, puteţi vedea conturul ceasului, dar nu puteţi spune cât este ceasul. Degenerescența maculară, deşi nu conduce rapid la orbire, devine invalidantă în timp, prin dispariţia vederii centrale.

Cum se diagnostichează degenerescența maculară?

Mulţi dintre noi nu realizează că au o problemă macular decât atunci când tulburarea vederii devine evidentă. Oftalmologul dumneavoastră poate detecta degenerescenţa macular în stadiul incipient, în timpul examenului oftalmologic la examenul fundului de ochi. Un test simplu de diagnostic este testul Amsler, în care priviţi un careu asemănător cu hârtia milimetrică. Uneori se fac fotografii speciale ale ochiului, numite angiografii cu fluoresceină, pentru a detecta vasele anormale de sânge care sunt situate sub retină.

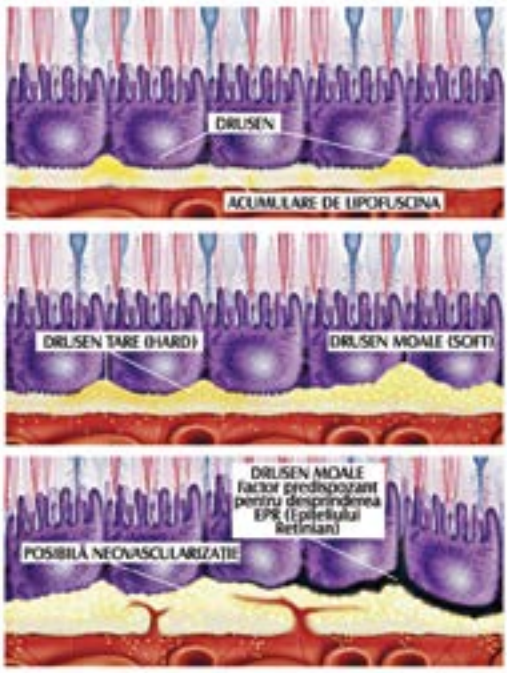
Există două tipuri de degenerescență macular

Îmbătrânirea normală a retinei

Procesul normal de îmbătrânire a retinei presupune formarea unor mici depozite de "drusen "cauzate de acumularea de material amorf (lipofuscină). Depozitele excesive determină apariţia celor două forme de degenerescenţă macular.

Macular „uscată" (atrofică)

Majoritatea oamenilor (90% din cazuri) prezintă degenerescenţă macular - forma „uscată". Este produsă de îmbătrânire și de subţierea ţesuturilor maculei. Pierderea vederii are loc de obicei treptat.



Maculară „umedă" (exudativă)

Forma „umedă" de degenerescenţă maculară apare în aproximativ 10% din cazuri, și anume atunci când se formează vase de sânge anormale sub retină. Din aceste vase de sânge noi se scurge fluid sau sânge și, consecutiv, este afectată vederea centrală. Pierderea vederii poate fi rapidă și severă.

Manifestare

Degenerescenţa maculară legată de vârstă apare de obicei după vârsta de 50 de ani și poate determina simptome diferite la diferiţi pacienţi. Pot apărea următoarele semne:

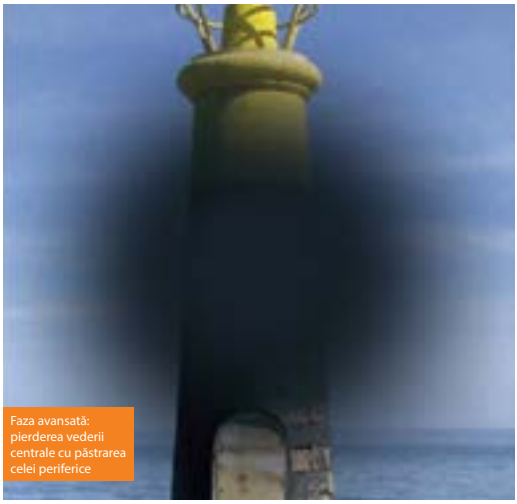
- Cuvintele de pe o pagină apar voalate
- În centrul câmpului vizual apare o zonă întunecată sau goală
- Liniile drepte apar distorsionate

Principalii factori de risc sunt: Expunerea la lumină puternică, vârsta peste 55 de ani, hipercolesterolemia, fumatul, diabetul zaharat, predispoziţia familială.

Tratament și prevenție

Cercetările arată că suplimentele nutritive pe bază de antioxidanţi, acizi grași nesaturaţi (EPA + DHA), luteină, vitamine, zinc, cupru și seleniu ar putea preveni sau chiar încetini procesele de degenerescenţă maculară. Luteina, un constituent de bază al pigmentului macular, are o importantă acţiune de protecţie împotriva radiaţiei luminoase albastre, reducând riscul de apariţie a degenerescenţei maculare. Astaxantina este cel mai puternic antioxidant natural, recent utilizat în compoziţia suplimentelor nutritive și reprezentând una dintre cele mai eficace abordări în prevenţia degenerescenţei maculare. Acizii grași esenţiali polinesaturaţi (EPA + DHA) prezintă, de asemenea, o importanţă deosebită prin proprietăţile lor de a ameliora și îmbunătăţi metabolismul retinian. Anumite tipuri de degenerescenţă maculară "umedă" pot fi tratate prin chirurgie laser, o procedură de obicei scurtă și nedureroasă. Chirurgia laser și terapia fotodinamică utilizează o rază focalizată de lumină ca să încetinească sau să stopeze scurgerea din vasele de sânge, scurgere care afectează macula. Această procedură determină păstrarea vederii la stadiul respectiv, nefiind un tratament care să determine revenirea vederii la normal. Un alt tratament recent pentru degenerescenţa maculară umedă sunt injecţiile cu inhibitori angiogenici (ex. Bevacizumab). Adesea, oamenii pot continua să desfășoare multe din activităţile lor uzuale, utilizând ochelarii speciali, lupe, materiale tipărite cu litere mai mari. Dacă observaţi cele mai mici semne ale degenerescenţei maculare (imagine voalată, distorsionată, pete negre în centrul câmpului vizual) prezentaţi-vă imediat la medicul oftalmolog pentru un consult de specialitate, deoarece diagnosticul și tratamentul precoce al acestei afecţiuni reduc substanţial riscul pierderii vederii.

Faza incipientă: deformarea imaginii centrale



Faza avansată: pierderea vederii centrale cu păstrarea celei periferice

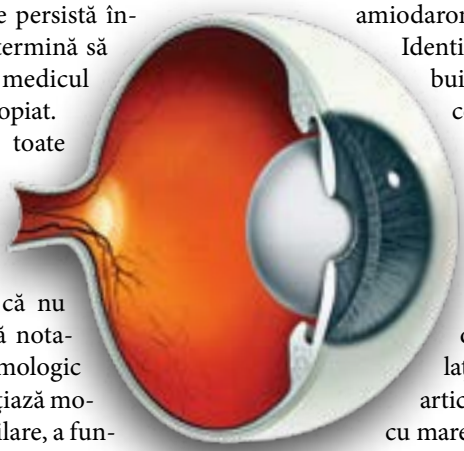
Dr. Gabriel Vulpe
medic specialist oftalmolog
Cluj-Napoca, 0744.539.247

Neuropatia optică ischemică anterioară

Ligia Onisim
Medic primar oftalmolog
Doctor în ştiinţe medicale
Spitalul Clinic de Urgenţă
„Bagdasar-Arseni", Bucureşti

Neuropatia optică ischemică anterioară, prescurtat NOIA, se caracterizează prin scăderea bruscă a vederii, unilaterală și mai rar bilaterală, mai frecvent la persoane cu vârste de peste 60 de ani, ca urmare a unui infarct ischemic în porțiunea anterioară a nervului optic.

Pacientul cu NOIA constată, de obicei dimineaţa, la trezirea din somn, o tulburare de vedere pe care o descrie ca pe „o pată neagră" în câmpul vizual, pată care nu dispare prin clipire și care persistă îngrijorător, ceea ce-l determină să se prezinte urgent la medicul oftalmolog, cel mai apropiat.



Frapează în aproape toate situaţiile contrastul între drama pe care o descrie pacientul și aspectul cvasinormal al ochiului, care pare că nu prezintă nicio suferinţă notabilă. Un examen oftalmologic atent și metodic evidenţiază modificarea reflexelor pupilare, a fundului de ochi, cu apariţia unui edem papilar ischemic sectorial sau total, precum și a câmpului vizual de obicei amputat inferior.

Un rol important îl are anamneza, care trebuie efectuată în timp scurt și condusă cu profesionalism către descoperirea unor eventuale afecţiuni patologice, mai frecvent responsabile de afectarea vasculară.

Situaţiile clinice care pot duce la producerea NOIA sunt extrem de variate, dar sunt mai frecvente două categorii, și anume:

1. Bolile arteriale de tipul arteritelor din cadrul arteritei cu celule gigante, bolilor de colagen, sifilisului sau herpesului zoster.

2. Arterioscleroza care poate determina NOIA „nonarteritică" sau NOIAN.

Pe lângă aceste două cauze majore nu trebuie omise stările patologice de tipul diabetului zaharat, hipertensiunii arteriale maligne, bolilor embolice, migrenei vasospastice, hipotensiunii sau hipovolemiei majore (din sângerările masive, insuficienţa cardiacă, hipotensiunea postintervenţii chirurgicale, anemia) și, nu în ultimul rând, ca urmare a tratamentului prelungit cu amiodarona sau a chirurgiei cataractei.

Identificarea cauzei determinante trebuie efectuată cât mai repede, prin completarea cu o serie de investigaţii funcţionale, analize de laborator și examene paraclinice complementare, ea constituind premiza unei terapii cât mai eficiente.

Astfel, dacă pacientul relatează dureri articulare la nivelul articulaţiilor mici și claudicaţie la nivelul articulaţiilor temporo-mandibulare, cu mare probabilitate poate fi vorba despre o afectare de tip arteritic, a cărei confirmare o vor aduce mai ales valorile mari ale VSH-ului și proteinei C reactive. În aceste cazuri, pacientul va trebui să beneficieze, în timpul cel mai scurt, de tratament cu megadoze de cortizon, cu speranţa unei recuperări a funcţiei vizuale.

În cazul în care este vorba de o NOIA nonarteritică, prognosticul este mai prost, întrucât în cazul arteriosclerozei are loc, de-a lungul anilor, un proces ireversibil și generalizat de rigidizare și îngustare a traiectelor arteriale, colapsul ischemic dintr-o anumită regiune nemaiputând fi reversibil cu niciun mijloc terapeutic. În aceste situații, singura atitudine potrivită este administrarea de antiagregante sau anticoagulante în doze corespunzătoare pentru a preveni producerea de ischemii în alte teritorii.

În fața unui pacient care și-a pierdut vederea unui ochi, în afara unui diagnostic de glaucom și la care, la fundul de ochi, se constată o atrofie parțială sau totală de nerv optic, în circumstanțe neelucidate, trebuie descoperită cauza atrofiei optice printr-o căutare insistentă, care să prevină producerea unei leziuni similare și pe ochiul congener.

Adoptarea unei atitudini de acest tip este extrem de importantă deoarece, în nenumărate cazuri de atrofie optică unilaterală în care nu s-a precizat cauza, la un interval scurt de timp s-au produs modificări și la nivelul ochiului considerat sănătos.

În mileniul în care afecțiunile cardiovasculare sunt diagnosticate în număr din ce în ce mai mare și la vârste din ce în ce mai tinere, nu trebuie să ne mire numărul în creștere al NOIA, dar trebuie să ne îngrijoreze și să ne mobilizeze prompt, un tratament corect și instituit la timp evitând accidentul ischemic la cel de-al doilea ochi.

Lentilele de contact – sunt toate la fel?

Dr. Simona Radu
Medic primar oftalmolog,
Doctor în ştiinţe medicale,
FIACLE, SC Euro-Optics SRL

Lentilele rigide gaz permeabile

Lentilele corneene, semi -sclerale şi sclerale din materiale rigide gaz permeabile sunt alternativa modernă, cu transmisibilitate mare la oxigen, a lentilelor dure. Ele nu se deshidratează, iar keratita microbiană este excepţională. Materialele rigide sunt cel mai adesea folosite pentru îmbunătăţirea vederii în cazurile cu distorsiuni corneene (astigmatisme neregulate în keratoconus, după transplante de cornee), în situaţiile în care este necesar un diametru mare pentru prevenirea aderenţelor după arsuri sau menţinerea hidratării corneo-conjunctivale (cele sclerale), dar şi în corecţia vizuală şi controlul miopiei (ortokeratologie). Adaptarea acestor lentile este însă mare consumatoare de timp şi necesită aparatură specializată şi o perioadă iniţială de adaptare mai lungă.

Lentilele de contact moi

Cel mai des folosite sunt lentilele de contact moi, datorită caracterului lor suplu şi a diametrelor mai mari, respectiv adaptării lor facile şi confortabile la orice suprafaţă oculară.

Hidrogel

Mulţi ani au fost disponibile doar lentile de contact moi din clasa hidrogel, respectiv combinaţii chimice pornind de la varianta initiţială Polyhydroxyethylmethacrylat (p-HEMA) imaginată de Otto Wichterle , cu conţinut de apă de 38%, la care s-au adăugat diverşi monomeri pentru îmbunătăţirea permeabilităţii la oxigen (a respiraţiei corneene) şi a biocompatibilităţii.

Clasificarea convenţională europeană le imparte în trei grupe, după conţinutul de apă (scăzut -sub 45%, mediu 45-55% şi înalt 67-80%), în timp ce în Statele Unite clasificarea include patru grupe, după conţinutul de apă şi încărcarea ionică a suprafeţei.

Cea mai bună proporţie între supleţe şi oxigenare o oferă lentilele cu conţinut mediu de apă, dar transmisibilitatea la oxigen nu depăşeşte în majoritatea cazurilor nici valorile minime acceptate pentru purtarea doar pe timpul zilei (Dk/t = 24). Astfel folosirea lentilelor din hidrogel induce un anumit grad de hipoxie corneei, respectiv neovascularizaţie, edem şi scăderea capacităţii de apărare. Aceste efecte cresc semnificativ la o utilizare prelungită, necesităţile în timpul somnului fiind şi mai mari (Dk/t = 87) .

În plus, în timpul purtării, lentilele din hidrogel suferă un proces de deshidratare de până la 6%, ce realizează un stress osmotic asupra suprafeţei oculare şi determină şi o modificare a parametrilor lentilei (raza de curbură şi diametru) cu obţinerea unei adaptări mai strânse decât cea estimată. Se recomandă de aceea reevaluarea

adaptării dupa minim 20 minute de la aplicare.

Încărcarea electrică a suprafeţei influenţează tipul de depozite, materialele ionice atrăgând mai multe proteine faţă de lipide şi vice-versa. Proteinele ataşate de suprafaţa lentilei suferă şi un proces de denaturare, cu potenţial alergizant .

Elastomeri de silicon

Siliconul permite pasajul liber al oxigenului prin structura sa, de aceea lentilele din elastomeric de silicon au fost introduse în special pentru acele cazuri care necesitau purtarea lentilei pe termen lung, fără compromiterea fiziologiei corneene (ex. corectia afakiei la copii). Materialul fiind însă hidrofob, utilizarea lor a fost limitată de aderenţa mare a lentilelor la suprafaţa oculară şi de depozitele lipidice.

Lentile de contact Silicon- Hidrogel

Aceste lentile îmbină înalta transmisibilitate la oxigen a siliconului cu flexibilitatea hidrogelului. Se limitează astfel stressul hipoxic în purtarea extinsă, eliminând neovascularizaţia şi edemul cornean. Procentul de apă din compoziţie a scăzut, deoarece nu mai este necesar pentru pasajul oxigenului, implicit deshidratarea lor la purtare, astfel că ele menţin un film lacrimal retrolenticular bun.

Primele modele din combinaţia silicon-hidrogel au fost introduse în 1999, pentru purtare continuă, până la 30 de zile şi nopţi. Suprafaţa acestor tipuri de lentile este tratată pentru a fi hidrofilă, compatibilă cu suprafata oculară. Natura depozitelor este majoritar lipidică, avantajul fiind că acestea nu sunt alergizante. Flexibilitatea lor este însă mai redusă, datorită conţinutului de silicon.

Începând cu anul 2004 au apărut şi alte variante de lentile din silicon hidrogel, pentru purtare zilnică sau extinsă. Avantajele acestor generaţii recente sunt îmbunătăţirea flexibilităţii şi eliminarea necesităţii tratamentelor de suprafaţă, implicit a costurilor de producţie, permiţând şi înlocuirea lor mai rapidă.

Modalitatea de purtare și întreținere

Înlocuirea frecventă este astăzi foarte accesibilă, inclusiv cea zilnică, scăzând semnificativ rata complicaţiilor şi eliminând chiar soluţiile de întreţinere.

În cazul lentilelor refolosibile, alegerea soluţiilor şi respectarea cu stricteţe a protocolului de curăţare şi dezinfecţie sunt la fel de importante ca şi alegerea materialului şi verificarea adaptării lentilei la suprafaţa oculară, de aceea prescrierea lentilelor de contact şi a accesoriilor acestora este apanajul exclusiv al specialistului.

Aparatele auditive –

Ing. Audiolog
Florin-Andrei Băileșteanu
florin@audioart.com.ro
0735 184 636
www.audioart.com.ro

Aparatele auditive sunt definite ca amplificatoare de sunet. Funcția lor este de a amplifica sunetul la un nivel sonor necesar astfel încât o persoană cu pierdere de auz să poată detecta și utiliza eficient aceasta amplificare de semnal acustic (Veit, 1978). Amplificarea reprezintă în mod cert funcția principală a instrumentelor auditive, dar diferitele grade de pierdere de auz, de la ușoară, medie, severă și până la profundă, la care se adaugă diferitele cauze care au condus la apariția afecțiunii auditive sunt asociate cu problemele de discriminare a tonalităților sonore (gros, subțire) și cu afectarea discriminării temporale, mai bine spus afectarea capacității de reacție la stimulul acustic al urechii umane au determinat cerințe noi și permanent variate în conceperea și proiectarea acestor dispozitive medicale.

În ciuda progreselor remarcabile ale tehnologiei aparatelor auditive realizate în ultimii ani, instrumentele care au scopul reabilitării auditive compensează doar parțial pierderea de auz, nu o corectează în totalitate. Cu alte cuvinte, aparatele auditive nu refac funcția auditivă, ci o compensează cu un prognostic relativ rar de 100% și aceasta în funcție de un anumit tip de pierdere de auz, cum ar fi hipoacuzia de transmisie (în care doar funcția de transmitere a sunetului către organul receptor - cohleea sau melcul auditiv - este afectată), vârsta dobândirii pierderii auditive și momentul protezării auditive, diabetul și patologiile cardio-vasculare.

Clasificări

Trecând rapid peste istoria evoluției tehnologiei aparatelor auditive, vom zăbovi totuși asupra unei clasificări pe baza acestui criteriu. Astfel, cronologic, aparatele auditive au fost fabricate utilizând **tehnologia analogică** (scoasă din uz la această oră) și **tehnologia digitală** (in prezent), între aceste două etape a existat o **tehnologie a aparatelor programabile**, denumite așa deoarece era posibilă ajustarea caracteristicilor cu ajutorul unui computer sau programator individu-

O privire de ansamblu

al, care folosea tot tehnologia analogică. Astfel, pentru o mai bună analogie la viaţa de zi cu zi, putem compara tehnologia analogică a aparatelor auditive cu un telefon clasic cu disc, iar tehnologia digitală cu telefonul mobil sau celular.

O altă clasificare a aparatelor auditive se realizează pe baza criteriului aşezării la nivelul pavilionului urechii a aparatelor auditive. Vom păstra în această clasificare doar categoriile care sunt cele mai des utilizate, făcând excepţie dar menţionându-le pe cele de tip "tabacheră" sau „de corp" şi cele adaptate la braţele ochelarilor. Astfel, vom descrie aparatele auditive retroauriculare sau retropavilionare şi intraauriculare, acestea având la rândul lor câteva subgrupe determinate de tipul piesei anatomice (oliva) care stă în urechea utilizatorului (cazul aparatelor retroauriculare) şi profunzimea situării carcasei şi implicit dimensiunea din ce în ce mai redusă a aparatelor intraauriculare.

Descrierea amănunţită a acestor categorii de aparate auditive, cu avantajele şi dezavantajele fiecăreia, se va realiza pe larg cu concursul acestei reviste şi vă invităm să urmăriţi acest editorial. Descrierea are scopul de a prefigura o abordare pe înţelesul publicului larg a disciplinei audiologice denumită orientare audioprotetica, dar şi de a iniţia şi dărui coerenţă, atât viitorului utilizator, cât şi însoţitorului sau aparţinătorului acestuia, familiei sau prietenilor, persoanelor cu pierdere de auz, în înţelegerea tuturor aspectelor care implică achiziţia de aparate auditive.

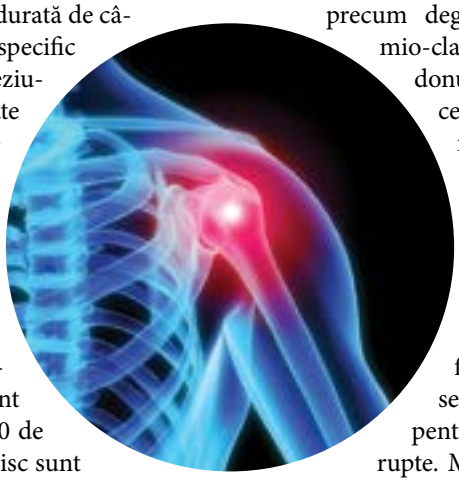
Artroscopia - metodă terapeutică a afecțiunilor umărului (II)

Dr. Georgiana Ozana Tache
Med. primar fizioterapie, rec. medicală
Centrul de Recuperare „Medical Care"
www.medicalcare.ro
contact@medicalcare.ro
georgianatache@yahoo.com
21-233.97.27, 0723.626.289

Principalele afecțiuni ale umărului

Leziuni ale coafei rotatorilor

Coafă rotatorie poate fi lezată în urma unei singure leziuni traumatice, pacienții prezentând frecvent durere de umăr cu durată de câteva luni și un traumatism specific care a declanșat durerea. Leziunea de coafă rotatorie poate apărea adiacent unei alte leziuni de umăr, precum o fractură sau o luxație dar cele mai frecvente leziuni sunt rezultatul solicitării excesive a acestui grup de mușchi de-a lungul anilor. Leziunile de coafă a rotatorilor sunt cel mai frecvent întâlnite la pacienții peste 40 de ani. Pacienții mai tineri cu risc sunt cei care execută mișcări repetitive cu brațul deasupra capului, precum sportivii care practică volei, baschet, tenis, canotaj etc. Chirurgul ortoped-traumatolog poate recomanda intervenția chirurgicală dacă tratamentul conservator nu ameliorează simptomatologia algică și disfuncțională, când ruptura coafei rotatorii este acută și foarte dureroasă sau se regăsește la nivelul umărului brațului dominant și persoana este activă sau pacientul prestează muncă fizică sau sport de performanță, forta maximă în brațul afectat fiind indispensabilă. Tipul operației va depinde de dimensiunea, forma și localizarea rupturii, deoarece o ruptură parțială poate necesita doar o procedură de netezire, numită debridare în timp ce o ruptură completă în porțiunea cea mai groasă a tendonului se repară prin sutura celor două părți ale tendonului rupt. Dacă tendonul este rupt de la locul său de inserție va fi reinserat. Deasemenea, în timpul procedurii chirurgicale se poate îndepărta o porțiune din acromion, deoarece dacă apare sindromul de impingement, acromionul apasă și freacă coafa, putând produce rupturi ale coafei. Asocierea cu alte afecțiuni, precum degenerarea articulației acromio-claviculare sau rupturi ale tendonului bicipital necesită proceduri suplimentare. Pentru repararea chirurgicală sunt disponibile două aborduri, fie repararea artroscopică prin sutură transosoasă, ce presupune folosirea unor fire transosoase pentru reinserția tendoanelor rupte, fie reinserția cu ancore, când se folosesc ancore transosoase pentru ancorarea tendoanelor rupte. Metoda clasică este necesară în cazul rupturilor mari sau complexe sau dacă sunt necesare proceduri reconstructive adiționale, precum transferul de tendon.



Tendinita

Tendinita calcificantă a umărului apare atunci când se formează depozite de calciu pe/în tendoanele umărului iar țesutul din jurul depozitului se inflamează, provocând durerea de umăr. Această afecțiune este frecvent întâlnită și afec-

tează cel mai adesea populaţia în vârstă de peste 40 de ani. Există două tipuri diferite de calcificări la nivelul umărului: calcificare degenerativă, ce apare cu vârsta și calcificare reactivă.

Pe masură ce înaintăm în vârstă, aportul de sange la tendoanele coafei rotatorilor scade, tendonul devenind mai slab, și deasemenea, datorită uzurii unei articulaţii, fibrele tendoanelor suferă leziuni. Depozitele calcare se formează în tendoanele lezate și aflate în plin proces de vindecare.

Pe de altă parte, calcificarea reactiva este diferită. Apariţia acesteia nu pare a fi legată de degenerare, chiar dacă se manifestă mai frecvent prin durere de umăr decât calcificarea degenerativă. Ea evoluează în trei stadii: precalcic, când în tendon apar modificări care favorizează formarea depozitelor de calciu, stadiul calcic, când se depun cristale de calciu în tendon, care încep să dispară prin resorbţie dar durerea apare cel mai frecvent în acest stadiu și stadiul postcalcic, când tendonul se vindecă prin remodelare cu ţesut nou.

Nu se cunosc mecanismele resorbţiei depozitelor de calciu, dar pe măsură ce acestea dispar și ţesutul se remodelează, durerea dispare. Tendinita calcică apare în tendoanele coafei rotatorilor, depozitele de calciu apărând cel mai frecvent în tendonul muşchiului supraspinos.

Tratamentul iniţial al tendinitei constă în repaus, tratament fizical și medicaţie antiinflamatoare, fiind urmat de tratamentul chirurgical, atunci când metodele conservatoare nu dau rezultatele aşteptate.Majoritatea operaţiilor pentru vindecarea tendinitei calcice a umărului sunt proceduri artroscopice. Artroscopul este folosit pentru a localiza și exciza (rezecţie artroscopică) depozitele de calciu în coafa rotatorilor. Zona trebuie să fie atent spălată, deoarece cristalele de calciu libere sunt iritante pentru ţesuturile adiacente. Prin rezecţia clasică se realizează îndepărtarea depozitelor de calciu prin incizia muşchilor și a ţesuturilor adiacente, tendonul fiind deasemenea secţionat pentru îndepărtarea depozitelor de calciu. Chirurgul spală atent zona pentru a elimina cristalele de calciu și apoi suturează ţesuturile incizate.

Tratamentul fizicalkinetic face parte integrantă din protocolul terapeutic postintervenţie artroscopică sau clasică la nivelul umărului.

Sistemul, edemul și drenajul limfatic

Ce este sistemul limfatic:

Sistemul limfatic este un sistem de canale și canalicule, care străbate întreg corpul omenesc, formând o rețea de vase limfatice care merg în paralel cu vasele de sânge, în special cu cele venoase.

Prin vasele limfatice circulă limfa, cu rol foarte important în hrănirea și în detoxifierea organismului. Pe traseul vaselor limfatice se află ganglioni, care contribuie la ușurarea circulației limfei.

Ce este edemul limfatic:

Atunci când circulația limfei este îngreunată, lichidul iese din vas și intră în țesuturile din jur, formând edemul limfatic. Edemul limfatic poate apărea în orice zonă a corpului, dar cel mai des întâlnit este la mână sau la picior.

Când apare edemul limfatic:

În cazuri de afectare a ganglionilor limfatici (excizia lor, radioterapie etc); postoperator (prin afectarea vaselor limfatice); în imobilizări prelungite la pat (postoperator, aparate gipsate); elefantiazis de cauză infecţioasă.

Cum știm că avem edem limfatic:

Umflarea unei zone a mâinii sau a piciorului; pielea este mai întinsă; mâna sau piciorul se mișcă cu greutate; anumite haine încep să strângă; se doarme mai inconfortabil pe o anumită parte.

Ce este și cum se face drenajul limfatic:

Drenajul limfatic este o formă specială de masaj, prin care se stimulează circulaţia limfatică.

Întotdeauna la sfârșitul fiecărei ședinţe de drenaj limfatic se face bandajarea zonei cu edem, numai cu bandaje speciale.

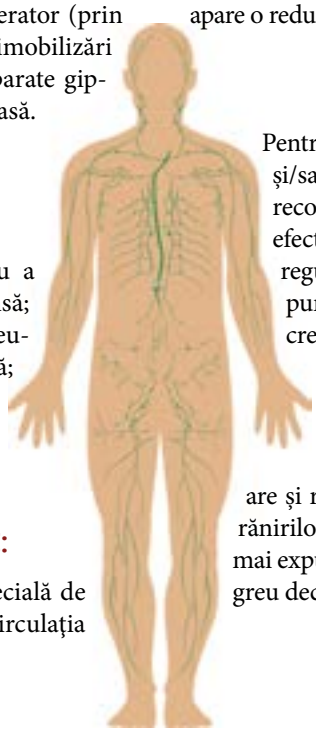
Pentru drenajul limfatic în scop terapeutic, se recomandă, în mod special, efectuarea manuală și nu prin aplicarea unui aparat, chiar dacă este sub supravegherea unui kinetoterapeut.

Când se indică drenajul limfatic în scop terapeutic:

Edem limfatic, lipedem (celulită gravă), elefantiazis. Trebuie ţinut seama de faptul că drenajul limfatic are și contraindicaţii.

Evoluția edemului limfatic netratat:

Edemul limfatic crește în volum; apar dureri cu localizarea determinată de prezenţa edemului; există predispoziţie să apară erizipel (piodermită streptococică) la nivelul pielii din zona edemului limfatic; apare o reducere a mobilităţii membrului afectat.



În concluzie

Pentru îngrijirea, combaterea instalării și/sau a evoluţiei unui edem limfatic, se recomandă ședinţe de drenaj limfatic efectuate de personal calificat, aplicarea regulilor de protecţie a zonei afectate, purtarea unui manșon/ciorap special creat pentru edemele limfatice.

Atenţie: aceste manșoane sunt diferite de cele pentru edemele venoase, ciorapi pentru varice etc.

Manșonul combate edemul, dar are și rol de protecţie mecanică împotriva rănirilor, deoarece o zonă cu edem este mult mai expusă infecţiilor și se vindecă mult mai greu decât o zonă sănătoasă.

Dr. Renata Pitulea

Fibromialgia

Fibromialgia este un sindrom dureros cronic, cu etiologie și fiziopatologie incomplet elucidate, reprezentând a doua boală întâlnită în practică de medicul reumatolog după boala artrozică. În 75-80% din cazuri afectează femeile cu vârste cuprinse între 30 și 50 de ani, existând dovezi ale agregării familiale.

Există studii care demonstrează câteva mecanisme posibile implicate în fiziopatologia FM: ipoteza metabolică - rolul stresului oxidativ în alterarea funcţiei musculare; ipoteze neuroendocrine - disfuncţia procesării durerii prin atenuarea selectivă a caii descendente inhibitorii a durerii ce implică serotonină, dopamină și alţi transmiţători; inflamaţia (creșterea numărului mastocitelor - celule ale ţesutului conjunctiv care secretă substanţe chimice care participă la reacţiile de apărare ale organismului, generând stimuli ce pot cauza hipersensibilitatea la durere); ipoteza infecţioasă (Borrelia, HIV, virusul hepatitis C etc).

Numeroase simptome sunt datorate fibromialgiei: redoarea matinală (dificultate de mișcare), cefalee sau durere facială, tulburări de somn, modificări cognitive, tulburări gastrointestinale, genitourinare, neurologice (parestezii, „sdr. picioarelor neliniștite", hiperexcitabilitate - sensibilitate la lumină, zgomote, mirosuri), modificări ale mucoasei și tegumentare (mâncărimea pielii, uscăciune excesivă a gurii, insuficienţa secreţiei lacrimale, modificări de culoare și temperatură, în special la nivelul degetelor mâinilor și picioarelor, dar și a altor extremităţi (ca de exemplu nas, urechi), vizibilitate anormala a venulelor superficiale etc) depresie și anxietate.

Clasic, diagnosticul pozitiv se realizează pe baza criteriilor elaborate în 1990:

- Istoric de durere generalizată cu durata de peste 3 luni, de intensitate și localizare variabila;
- Identificarea a 11 din 18 puncte sensibile la palparea digitală.

Având în vedere că fibromialgia este complexă și presupune nu doar durere generalizată, ci și o serie de alte manifestări, în 2010 au fost elaborate noi criterii de diagnostic.

Astfel, diagnosticul pozitiv presupune prezenta a 3 condiţii:

1. Scale ale ariei și intensităţii durerii (care împreună trebuie să însumeze un anumit punctaj)
2. Simptome prezente de mai mult de 3 luni ;
3. Excluderea altor afecţiuni ce pot cauza durere.

Tratamentul presupune măsuri nefarmacologice: exerciţii fizice (aerobice, stretching, înot); terapia cognitiv-comportamentală; balneoterapie; terapii alterne, precum și măsuri farmacologice. Dintre acestea, sunt anticonvulsivante, inhibitori ai recaptării duale a transmiţătorilor de tip serotonină), antidepresive (triciclice) antiinflamatoare (nesteroidiene).

Rezultatele tratamentului sunt variabile și nesatisfăcătoare, evoluţia bolii fiind de lungă durată.

Dr Claudia Haralambie
Medic specialist Reumatologie

Uleiul de argan – un must

Arborele de Argan (Argania spinosa), denumit și "copacul vieții", este un arbore spinos. Planta, care există de mai mult de 2 milioane de ani, poate suporta condiții de aridite extremă, temperaturi de peste 50°C și trăiește în jur de 250-400 de ani. Arborele poate atinge înălțimi de până la 10 m, iar coroana acestuia ajunge la o circumferință de maxim 70 m.

Arborele de Argan crește viguros numai în regiunea Arganeraie, o zonă cu o suprafață de cca. 800.000 ha situată în sud-vestul Marocului, între versantul sudic al muntelui Atlas Mare și versantul nordic al muntelui Anti Atlas. Cultivarea acestui arbore în alte zone ale lumii cu rezultate satisfăcătoare și pe o perioadă mai lungă de timp a rămas până acum fără succes.

Arganeraie este o regiune amenințată de daune ireversibile, de aceea a fost declarată de catre UNESCO drept "rezervație naturală de biosferă" în speranța și cu scopul declarat de a salva de la extincție nu numai regiunea propiu-zisă Arganeraie, ci și tradiția berberilor din această zonă.

Uleiul de argan - o binecuvântare pentru tot corpul

Fructele arborelui de Argan se aseamănă întrucâtva cu măslinele, fiind însă mai mari și mai rotunde. Ele sunt alcătuite din pulpă și o nucă extrem de dură cu doi, sau trei sâmburi (amandes). Prin presarea acestor sâmburi se obține uleiul de argan, extrem de căutat pentru alimentație și cosmetică. Uleiul are un gust de alună și o culoare asemănătoare chihlimbarului.

Uleiul de argan, cunoscut și sub denumirea de „aurul lichid al Marocului", este unul dintre cele mai rafinate uleiuri cunoscute. El conține peste 80% acizi grași nesaturați, din care cca. 35% acid linoleic, un acid gras Omega-6 nesaturat, care face parte din acizii grași esenţiali. Uleiul de argan are o concentrație foarte mare de tocoferol (vitamina E), al cărui efect antioxidant întărește sistemul imunitar. În plus, uleiul conține o serie de ingrediente cu efect medical, dovedit prin studii științifice.

Uleiul pentru uz alimentar este obținut din sâmburi prăjiți, ce îi conferă o aromă mai puternică; cel destinat utilizării cosmetice, nu este supus prăjirii. Uleiul de Argan este un ulei atât de rar și de prețios deoarece, pentru a obține un litru de ulei, este necesară producția a circa 6 arbori Argania Spinosa, rezultat ce necesită circa 10 ore de efort. Proprietățile sale organice excepționale și raritatea sa, îl fac unul dintre uleiurile cele mai prețioase din lume, reprezentând una dintre comorile autentice ale umanității.

Berberii din Arganeraie folosesc de mult timp uleiul pentru tratarea problemelor stomacului, intestinului, a bolilor de inimă și circulatorii, dar și pentru arsuri solare sau dezinfectarea rănilor. Medicina tradițională utilizează uleiul de argan pentru acnee, varicelă, neurodermatite, reumatism, dureri ale articulațiilor și hemoroizi. În concluzie: uleiul de argan menține sănătatea și conservă frumusețea corpului uman, atât din interior cât și în exterior!

In mod tradițional, femeile berbere din sudul Marocului sunt cele ce prepară acest ulei, fiind unul dintre cele mai bine păstrate secrete cosmetice ale femeilor marocane. Este recomandat îndeosebi împotriva ridurilor, a pielii crăpate, uscate și deshidratate, precum și împotriva arsurilor.

Uleiul de Argan este utilizat pentru hidratarea și protejarea pielii, precum și pentru hrănirea părului. Acesta este în egală măsură utilizat în medicina tradițională, în special pentru îngrijirea și prevenirea anumitor maladii de piele. Este, de asemenea, considerat, ideal pentru masajele relaxante ori de întreținere corporală și chiar utilizat în băi și saune. Studiile științifice au demonstrat

have al sezonului rece!

că uleiul de Argan conţine un mare procent de acizi graşi nesaturaţi, steroli şi vitamina E (tocoferol) şi acid linoleic, ce îi conferă proprietăţi hidratante, nutritive şi de protecţie contra agresiunilor externe. Previne uscarea şi îmbătrânirea fiziologică a pielii şi reconstruieşte stratul hidrolipidic.

Bogat în antioxidanţi, dacă este folosit constant, neutralizează radicalii liberi, atenuând ridurile. Indicat în îngrijirea pielii, dar nu numai, este şi un optim remediu pentru tratamentul părului degradat (oferind strălucire şi vigoare), pentru unghiile fragile şi ca balsam pentru masaje anti-oboseală, anti-stres. Are proprietăţi nutritive optime pentru piele, datorită procentului ridicat de vitamine A, E (activitate antioxidantă) şi F (activitate nutritivă şi emolientă).

Uleiul cosmetic de argan (preferabil certificat bio)

Este un ulei 100% natural obţinut din sâmburi de argan neprăjiţi, (provenind numai din culturi organice dacă este certificat) şi este extrem de eficient pentru o preţioasă îngrijire, protecţie şi regenerare a pielii. Este compatibil cu orice tip de piele şi este folosit pentru curăţare, îngrijire şi masaj. Uleiul întreţine sănătatea pielii, pe care o înfrumuseţează. Previne uscarea tenului fiind ideal pentru îngrijirea tenului pe timpul iernii, atunci cand faţa este mai uscată, sensibilă şi predispusă la apariţia ridurilor fine. Accelerează procesele de regenerare a pielii şi previne apariţia prematură a ridurilor (efect anti-aging). Intră rapid în piele şi nu lasă pielea unsă.

Uleiul de argan poate fi folosit cu succes şi în cazul unui păr uscat şi fragil, deoarece hrăneşte şi revitalizează pielea capului şi dă strălucire părului, care devine moale şi mătăsos. El este folosit şi ca remediu împotriva căderii părului sau a mătreţii. Se aplică pe pielea capului, masând uşor, apoi părul se prinde într-un prosop cald şi se lasă să acţioneze 30 de minute, după care se spală cu şampon şi se clăteşte bine.

Mâinile şi unghiile au de suferit din cauza frigului, apei sau detergenţilor, iar unghiile se exfoliază şi se rup foarte uşor. Uleiul de argan, în combinaţie cu sucul de lămâie este foarte eficient şi în acest caz, făcând unghiile mai puţin casante şi hidratând profund pielea mâinilor.

Iată de ce uleiul de argan este un produs cosmetic atât de complex şi util, care în mod normal nu ar trebui să lipsească, mai ales în sezonul rece, din "trusa cosmetica" a unei femei care se îngrijeşte şi respectă.

Otilia Câmpan,
Consultant Cosmetic Farmacia 3
www.farmacia3.ro

Curiozități privind corpul uman

- Creierul uman poate absorbi de până la 5 ori mai multă informație decât cuprinde toată Enciclopedia Britanică.
- Când cantitatea de apă din corpul omenesc este redusă cu 1% îți va fi sete, iar dacă este redusă cu 10% vei muri.
- De-a lungul unei vieți, o persoana își petrece 6 ani visând.
- Din punct de vedere fizic, o femeie poate naște treizeci și cinci de copii, de-a lungul vietii sale.
- Dinții unui om sunt tari aproape ca piatra.
- Durata vieții unei celule intestinale este de 12 ore. Cea a unei celule a peretelui stomacului este de două zile. O celulă din piele trăiește 4 săptămâni. O celulă nervoasă poate trăi până la 60 de ani.
- Durerea de cap nu este o scuză bună pentru a nu face sex, pentru că endorfinele eliberate în timpul actului sexual au efect analgezic.
- Fătul visează aproape tot timpul. Cei care sunt născuți prematur vor visa mai mult la maturitate.
- Femurul este mai tare decat betonul.
- Greutatea corpului omenesc este de 50 de ori mai mare decât cea a creierului.
- În corpul uman sunt mai mult de 12.000 de km de vase de sânge.
- Înălțimea omului variază în timpul zilei. Dimineața suntem cu un cm mai ânalți decât seara. Acest lucru se întâmplă deoarece discurile intervertebrale se "tasează" atunci când stăm în picioare, datorită greutății propriului corp.
- Inima bate de aproximativ 2,7 miliarde de ori de-a lungul vieții.
- Inima femeii bate mai repede decțt a bărbatului.
- Inima continuă să bată după ce este scoasă din corp. Chiar dacă este tăiată în bucăți, mușchii inimii vor continua să se contracte o perioadă.
- Mai mult de un miliard de bacterii sunt pe fiecare labă a piciorului
- Majoritatea bărbaților petrec 3.300 ore din viață pentru a se bărbieri. Dacă nu ar fi bărbierită, barba ar putea ajunge la 9 metri într-o viață de om.
- Mandibula este cel mai dur os din organism.
- Mușchiul ochiului este cel mai rapid din organism. El se contractă în mai puțin de o sutime de secundă.
- Nu se poate strănuta cu ochii deschiși.
- Numărul de neuroni din creierul uman este astronomic, acesta ajunge la 100 de miliarde de celule nervoase.
- Omul are aproximativ 76.000 de fire de păr pe cap.
- O persoană obișnuită respiră cam 74 de milioane de litri de aer de-a lungul vieții.
- Pe un centimetru pătrat de piele se află aproximativ șase milioane de celule, 5.000 de receptori, 15 glande sebacee, 200 fibre nociceptive (pentru durere), 10-25 receptori tactili și corpusculi termosensibili, patru metri de fibre nervoase, un metru de vase sanguine și peste 100 de glande sudoripale.

UN PRODUS HOUSTON

Din 12 noiembrie
caută la chioșcurile de ziare
Ghidul
Pacient 360

264 pagini

18 LEI

- 50 de afecțiuni frecvente
- Medicul casei
- Dosar legislație
- Stil de viață
- Tratamente alternative
- Noutăți în sistemul sanitar
- Interviuri cu personalități din medicină
- Glasul pacientului: peste 100 de asociații de pacienți

De unde... îl iau?

De la chioșcurile de ziare
sau prin comandă la:

comenzi@houston.ro sau **021.317.09.43**

Cum aleg **medicul stomatolog?**

Fara indoiala, alegerea unui medic dentist bun este o chestiune destul de dificila. De ce? Simplu: pentru ca rezultatele muncii noastre de cele mai multe ori nu se vad imediat, ci in timp. Nu exista reteta perfecta pentru alegerea unui medic stomatolog bun, dar exista indicii . Nu exista garantii, exista poate doar sanse mai mari.

Lucruri de care ar trebui ținut cont:

• **timpul de ședere în sala de așteptare** trebuie să fie scurt, iar sala de așteptare nu trebuie să geamă de pacienți. Medicul îți respectă programarea la ora stabilită, îți respectă timpul TĂU, și se respectă pe sine printr-o bună organizare și timp suficient dedicat fiecărui pacient, în așa fel încât serviciul oferit să fie de calitate, atât la nivel profesional cât și la nivel de relaționare umană medic-pacient. Bineînțeles, și pacientul trebuie să respecte timpul medicului și să vină la ora la care s-a programat (o întârziere de „doar" 15 minute poate da totul peste cap). Sunt pacienți care cred că dacă sala de așteptare nu este plină ochi înseamnă că medicul respectiv nu este bun. Total greșit. Pacientului îi place ca medicul la care se tratează să-i acorde atenție, ori asta e cam greu când „afară" mai așteaptă încă 5 pacienți.

• **timpul pe care vi-l acordă medicul atunci când doriți să-i puneți întrebări.** Pentru mine, ca medic, e oarecum de neînțeles faptul că atât de mulți pacienți pun întrebări pe diverse forumuri, în loc să-și întrebe direct propriul medic. Pe de altă parte, mă bucură să văd că sunt mulți pacienți care doresc să fie BINE informați înainte de a lua o decizie în ceea ce privește un tratament stomatologic.

• **timpul pe care medicul îl acordă pentru a vă explica cum se folosește ața dentară**, cum se face un periaj corect al dinților, cum se folosește apa de gură, irigatorul (dușul) bucal și de ce este importantă igiena orală atât înainte de efectuarea tratamentelor stomatologice cât și după. Degeaba medicul pune o plombă perfectă, dacă pacientul în continuare nu se spală (corect) pe dinți. Rezultatul pe termen lung va fi unul nefavorabil.

• **igiena din cabinet.** Din păcate, un pacient nu are cum să verifice dacă sterilizarea s-a făcut cum trebuie, dacă se respectă măsurile de prevenire a infecției încrucișate (adică să nu ia ceva boală de la pacientul care a fost tratat înaintea lui). Dar poate să vadă aspectul general al cabinetului (curățenia din cabinet, din sala de așteptare, și de ce nu, din toaletă), minimele măsuri de protecție: medicul să poarte mănuși noi la fiecare pacient, mască și halat (obligatorii), trusele de lucru ambalate și sterilizate în pungi care se desfac în fața lui.

• **confortul la dentist.** Sunt puțini pacienții cărora nu le e frică de dentist. Nu toți, dar o mare majoritate au frica de dentist din cauză că în trecut li s-a lucrat la dinți fără anestezie. Astăzi, când avem acces neîngrădit la anestezice și acestea sunt de bună calitate, practic aproape orice manoperă ar trebui să fie însoțită de anestezie și deci nedureroasă. Cu anestezia făcută, pacientul va simți că orice medic are „mână ușoară" și că stomatologia fără durere nu e doar un mit, ci e realitate pură.

• **tratamentul făcut trebuie să fie de durată.** O plombă bine pusă nu pică după câteva zile/săptămâni/luni. Din păcate, ăsta e un lucru pe care pacientul nu are cum să-l afle înainte de a se trata, decât dacă medicul respectiv i-a fost recomandat de alți pacienți care se tratează acolo de mai mulți ani și sunt mulțumiți de rezultatele obținute pe termen lung. O plombă (albă, material compozit) corectă se pune în cam minim 45 minute.

***Dr. Nicoleta Grosu** (Cluj)*

WPA REGIONAL CONGRESS 2013 BUCHAREST

Primary Care, Mental Health & Public Health Integration: The Catalytic Role of Information & Communication Technology

Bucharest, Romania
10-13 April, 2013
The Palace of the Parliament
www.wpa2013bucharest.org

Prof. Pedro Ruiz,
Congress President

Prof. Dinesh Bhugra,
Co-chair Scientific Committee

Prof. Eliot Sorel,
Co-chair Scientific Committee

Prof. Tarek Okasha,
Co-chair Organizing Committee

Prof. Dan Prelipceanu,
Co-chair Organizing Committee

WPA REGIONAL CONGRESS 2013 BUCHAREST

Organizers:

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION

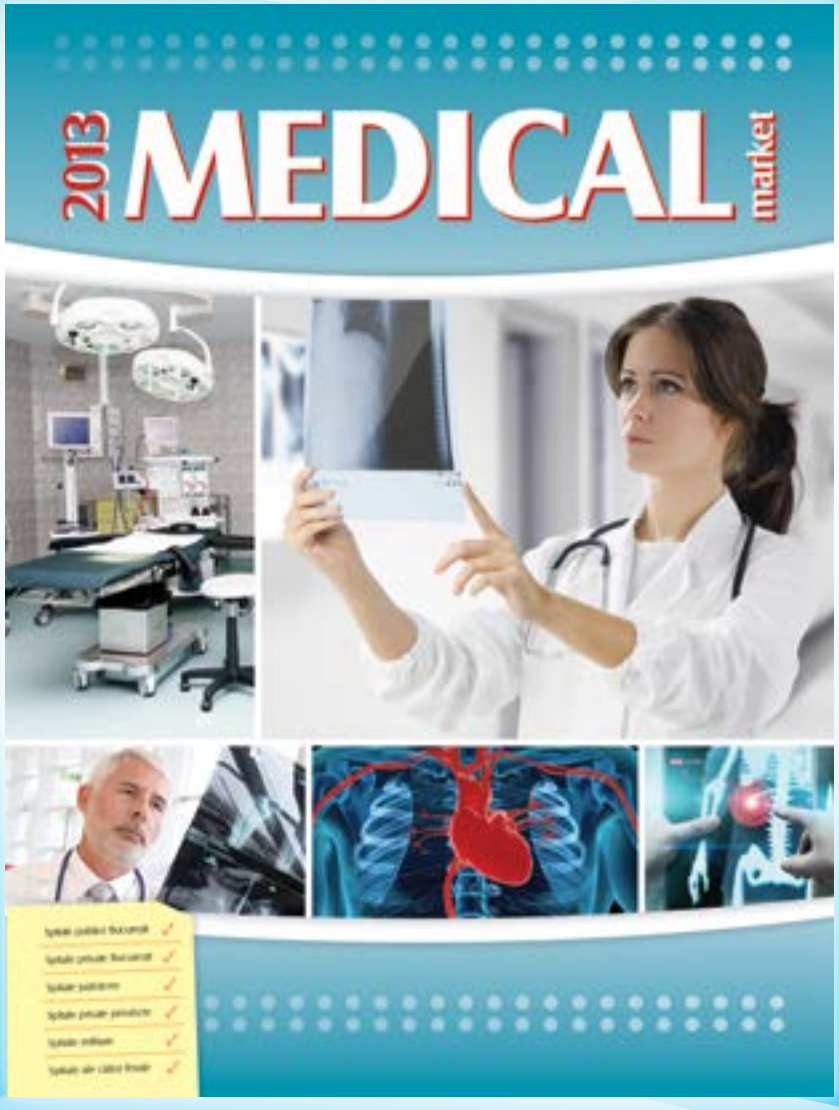
ROMANIAN ASSOCIATION OF PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

NATIONAL SOCIETY OF FAMILY MEDICINE

ROMANIAN PUBLIC HEALTH AND HEALTH MANAGEMENT ASSOCIATION

Professional Congress Organizer: RALCOM.

Ghidul spitalelor, clinicilor și cabinetelor private



INVESTIGAȚII MEDICALE	CONSULT MEDICAL DE SPECIALITATE	TRATAMENT CONSERVATOR SAU CHIRURGICAL	RECUPERARE MEDICALĂ	ASIGURARE MEDICALĂ