176

săptămâna MEDICALĂ

ANUL X ▪ NR. 176 ▪ Aprilie 2014

Bolile oftalmologice ale primăverii

Pag. 18

DIN SUMAR

Cum tratăm astenia de primăvară? 14

Oboseala cronică și Celulele STEM 20

Suntem așa cum gândim 22

Stigma obezității sau „Primum non nocere” Pag 10

Dorna – turism pentru sănătate și suflet Pag 23

Psihoterapia în tulburarea afectivă bipolară Pag 32

Natural Pharmaceuticals

Vitamina D3 *Natural* Picături
Flacoane 10 ml
Conține: Vitamina D3 1000UI la fiecare picătură

Vitamina C *Natural* Picături Flacoane 15 ml
Conține/1ml soluție: Vitamina C hidrosolubilă 2,5 mg la fiecare picătură

MULTIVIT *Natural* Sirop
Flacoane 150 ml
Conține: Vitamina A (retinol) 600UI (180 mcg), Vitamina B1 0,25 mg, Vitamina B2 0,25 mg, Vitamina B6 0,25 mg, Vitamina C 25 mg, Vitamina D3 (1000UI) 2,5 mcg, Vitamina E 2 mg, Vitamina PP 2,5 mg, Calciu (din Citrat Malat de Calciu) 3,3 mg la fiecare 2,5 ml (o linguriță).

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

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

FEROVIT *Natural* Sirop
Flacoane 100 ml
Conține: Fier 5 mg, Vitamina B1 1 mg, Vitamina B2 1 mg, Vitamina B6 0,5 mg, Vitamina B12 1 mcg, Vitamina PP 5 mg, Vitamina C 25 mg la fiecare 5 ml (o linguriță).

CALCIU *Natural* Sirop
Flacoane 150 ml
Conține: Calciu (lactat) 110 mcg la fiecare 5 ml (o linguriță).

CALCIMAG B6 *Natural* Sirop
Flacoane 150 ml
Conține: Calciu (lactat) 130 mg, Calciu (citrat malat) 30 mg, Magneziu (lactat) 125 mg, Vitamina B6 0,25 mg, Vitamina C 25 mg, la fiecare 5 ml (o linguriță).

Natural Pharmaceuticals Suplements Srl
București, România, B-dul G. Coșoșu nr. 4, sector 3
Tel: 021 320 0595, Fax: 021 326 8025

Jumătate din vindecare depinde de pacient

Cândva, demult, undeva în vastul imperiu Chinez, când medicina abia începea să se înfiripe ca activitate riguroasă, un tămăduitor celebru la vremea aceea, un Hipocrate al asiei răsăritene, consultând un pacient care prezenta o stare de amorţeală la nivelul feţei (probabil un spasm cerebral uşor), a estimat că îl va face bine în 7 zile, întrebat fiind de rudele bolnavului.

Medicul tocmai terminase de scris un tratat medical, apreciat ca atotcuprinzător pentru cunoaşterea medicală de atunci, lucru care îl făcuse foarte vestit.

La acea vreme, tratamentele medicale se bazau exclusiv pe proprietăţile tămăduitoare ale plantelor (unele uitate azi sau dispărute) iar pentru diagnosticare (în lipsa aparaturii imagistice de azi şi a medicinii de laborator), medicii-vraci îşi dezvoltaseră foarte mult capacitatea de percepţie şi interpretare a unor semne vitale: puls, stare tegument, examen gură, ochi, abdomen etc. De exemplu, prin pulsul luat la mână un medic bun putea simţi dacă o femeie are sarcină, ba chiar dacă are sarcină dublă, simţind pulsul fătului sau al feţilor, separat de pulsul mamei.

Revenind la bolnavul cu pricina, întrucât în a 7-a zi de la începerea tratamentului (care s-a făcut la domiciliul pacientului) acesta încă nu se înzdrăvenise mulţumitor, rudele apropiate i-au făcut mult tărăboi medicului, acuzând slaba eficacitate a tratamentului, contestându-I chiar calificarea (aşa cum se întâmplă şi azi cu unii pacienţi nemulţumiţi).

Dar medicul nu s-a supărat ci consultându-şi din nou pacientul a descoperit că acesta îşi permisese în plin tratament să facă diverse abuzuri culinare şi bahice, contrar recomandărilor sale (acele semne vitale proprii consultului l-au dat de gol) ceea ce reclamanţii au trebuit în final să recunoască: se bazaseră în speranţa de însănătoşire doar pe faima medicului. Şi atunci, medicul a scris la intrarea în cabinet următorul afiş: "Jumătate din vindecare o dă medicul, cealaltă jumătate reprezintă contribuţia pacientului!".

Călin Mărcușanu

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Medicii de familie – dedicați actului medical și nu birocrației!..... 4

Factori de risc în apariția hipoglicemiei la vârstnic..... 8

Stigma obezității sau „Primum non nocere"..... 10

Bio-Active MC, produs japonez de excepție!.....12

Cum tratăm astenia de primăvară? ..14

Sindromul de ochi uscat și operația de cataractă.....16

Boli oftalmologice ale primăverii 18

Alimente recomandate pentru sănătatea ochilor.....19

Oboseala cronică și Celulele STEM ...20

Suntem așa cum gândim.....22

Dorna turism pentru sănătate și suflet.....23

Antrenamente mai scurte, rezultate mai bune.....24

Menținerea virilității cu Ayurveda...25

Farmacogenetică, Farmacogenomică și Medicina Personalizată.....26

Schimbarea progresivă de imagine...28

Cu „domnul Goe" la psihiatru.....30

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburarea afectivă bipolară.....32

Coordonator medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie

Editor
Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3, Sc. 3, parter, 030775, sector 3, București
Tel: 021.321.61.23
Fax: 021.321.61.30
e-mail: redactie@finwatch.ro
P.O. Box 4-124, 030775
Tiraj: 25.000 ex.
ISSN 2067-0508

FIN WATCH

Medicii de familie – dedicați

Interviu cu dr. Rodica Tănăsescu, Preşedintele Societăţii Naţionale de Medicină Familiei

2014 se anunţă a fi, din nou, un an cu schimbări importante pentru medicina de familie din România. Care sunt principalele modificări pe care Legislativul preconizează a le pune în practică?

Se doreşte punerea în practică a pachetului de bază. Se doreşte schimbarea centrului de greutate a sistemului medical dinspre spital, spre ambulator (medicina de familie şi ambulator de specialitate) şi către internarea de zi.

Se doreşte intrarea în funcţiune a cardului de asigurat şi a dosarului electronic

Se doreşte o eficientizare a sistemului .

Sunt aceste măsuri cu adevarat utile medicilor de familie, în activitatea de zi cu zi pe care o desfăşoară aceştia?

Aceste măsuri ar trebui să fie utile pacienţilor şi ar trebui să reducă cheltuielile evitabile (de exemplu, cele cu spitalizările pentru patologii minore sau pentru „controale generale"). Ministerul Sănătăţii nu a pornit la construcţia pachetului de bază pentru a fi util medicilor, ci pacienţilor. Ceea ce ar trebui să ducă la centrarea sistemului pe rezolvarea cât mai simplă, în stadii cât mai precoce a problemelor de sănătate, dar şi prin prevenirea bolilor.

Medicii de familie vor avea mai multe obligaţii, deci în activitatea de zi cu zi vor fi tot mai solicitaţi. Dar, ei ar putea avea avantajul de a se simţi valorizaţi ca profesionişti, dacă se înlocuieşte măcar o parte din munca administrativă cu munca profesională. Asta ar îmbunătăţi şi relaţia medic-pacient.. Cele mai multe nemulţumiri ale pacienţilor faţă de medicii lor de familie sunt legate de limitările impuse de casele de asigurări (pentru eliberări de reţete, pentru trimiterea la investigaţii, pentru declaraţii sau drumuri inutile datorate erorilor din SIUI) şi de timpul de aşteptare, chiar dacă există programări. Toate aceste neajunsuri sunt datorate actelor birocratice stufoase, care consumă timp preţios.

Există un decalaj între abordările teoretice ale proiectelor de lege şi situaţiile concrete cu care se confruntă medicii de familie care să justifice diferenţele de perspectivă?

Evident că există decalaj…

În lumea reală nu se rezolvă cu hârtii problemele medicale ale oamenilor. Pacienţii sunt grevaţi de necazuri, de boli, de lipsuri, de propria nepăsare pentru prevenirea bolilor, de nelinişti, de imposibilitatea sau neglijenţa de a-şi urma tratamentul.

În lumea reală pacienţii nu ştiu întotdeauna că există limitări normale în posibilităţile unui sistem medical sărac, nu au răbdare, căci sunt preocupaţi de suferinţa lor, nu de raţiunile sistemului medical.

De unde apar aceste discrepanţe majore, există o problemă de comunicare reală, o blocare a dialogului între minister şi organizaţiile profesionale din zona medicinii de familie? Este o problemă generată de lipsa transparenţei decizionale? Sau/şi de revenirea şi modificarea permanentă a măsurilor legislative? Se poate vorbi de o lipsă a continuităţii iniţiativelor legislative în zona medicală?

Nu vreau să vorbesc acum de nenumăratele reforme, de nesfârşitele schimbări care nu dau coerenţă şi continuitate în sănătate. Cu puţine excepţii (în care părerea practicienilor chiar a contat), în general au existat discrepanţe importante. Într-un fel este firesc, căci ministerul face politici de sănătate publică şi urmăreşte realizarea acestor politici. Foarte rar însă ministerul a coborât şi în realitatea muncii din cabinete, ca să poată realiza efectele secundare ale propriilor decizii. Ministerul are obiceiul să încarce cu dosare întregi de documente realizarea celui mai modest obiectiv.

actului medical și nu birocrației!

(SNMF) și Președintele Asociației Medicilor de Familie București-Ilfov (AMFB)

Pentru mulți angajați ai direcțiilor de sănătate publică și ai ministerului, important este să se acopere cu astfel de documente. Probabil au și experiențe negative în acest sens, au responsabilități administrative, dar pe noi ne sufocă și multe lucruri lăudabile rămân la stadiul de intenție.

Discrepanțe severe apar când politicile Ministerului Sănătății se vor a fi aplicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. În acel moment, până și cele mai bune intenții ale ministerului devin o pedeapsă pentru orice practician.

Care sunt principalele prevederi pe care le susțineți pentru a fi luate în discuție și incluse în noile măsuri legislative?

Dacă se dorește o reformă, atunci tot proiectul de contract cadru trebuie revizuit, el trebuie construit ca un contract civil normal și trebuiesc înlăturate multe anomalii prezente de ani buni. Împreună să decidem ce este normal, ce este de folos și ce trebuie eliminat sau modificat ca să îmbunătățim activitatea medicală, să centrăm folosirea timpului pe pacient și nu pe completare de formulare. Tot împreună să începem să limpezim legislația care a dus și încă mai duce la imputări aberante de rețete. Noi considerăm că, dacă un pacient are o problemă de sănătate pe care o identificăm, o diagnosticăm și o tratăm corect, restul amănuntelor legate de calitatea de pensionar: 0-700, handicap, internat, etc nu ne privesc. Este obligația casei de a ne furniza aceste informații prin SIUI, corect și în dinamică permanentă.

În prezent, actul medical este perturbat penibil și constant de aceste „obligații".

Conform semnalelor de alarmă emise de SNMF și FNPMF, există o serie de imputări care se aduc medicilor de familie. Cât de justificate sunt aceste măsuri și care ar fi calea de soluționare optimă?

Unele sunt firești și nu mă leg de ele, deși în acele cazuri „pedeapsa" este disproporționată față de greșeală.

Altele însă, sunt sancțiuni care sfidează normalul unei relații contractuale bazată pe înțelegere și respect între părți. De exemplu, dacă dai unui pacient o trimitere de care are nevoie și se demonstrează ulterior că acel pacient nu mai figura ca asigurat, medicul de familie va plăti toate costurie decurse din acea trimitere: investigații, rețete, internare, etc. Este însă obligația casei să furnizeze toate informațiile! Dacă „ai noroc", sumele de achitat sunt relativ mici, căci sunt necesare

acte medicale fără costuri mari. Pentru aceeași greșeală, dacă ai ghinion și pacientul are probleme serioase de sănătate, atunci poţi plăti pentru „greșeală" mii de lei sau zeci de mii de lei. După cum anormal ni se pare să se rezilieze contractul dacă ţi-a expirat un document, chiar dacă înnoirea nu s-a făcut din cauze independente de medic. O altă anomalie este scoaterea „avertismentului" de la majoritatea sancţiunilor și introducerea directă a penalizării dure.

În aceste condiţii, în loc să ne ocupăm de pacienţi, ne vom teme la prescrierea oricărei reţete, la emiterea oricărei trimiteri către investigaţii, către spital sau ambulator. Aceste continue ameninţări vor genera măsuri de autoprotecţie, va modifica comportamentul medicilor și va altera relaţia medic-pacient.

În ultimii ani, informatizarea actului medical în România a căpătat amploare, există proiecte care prevad continuarea și dezvoltarea acestei direcţii, dar medicii de familie semnalează din ce în ce mai frecvent birocratizarea excesivă a actului medical. Care sunt motivele care au generat și alimentează această situaţie? Ce măsuri ar putea reprezenta o rezolvare reală a problemei?

Informatizarea ar trebui să fie de folos în cabinet. În majoritatea cazurilor însă, informatizarea este de folos exclusiv casei de asigurări.

Dacă „informatizarea" înseamnă completare de date, dacă înseamnă nesiguranţa asupra secretului profesional atunci există mari probleme. Există un risc major ca și cardul și dosarul electronic să însemne altă muncă birocratică, ceea ce nu vom accepta în nici un caz. Există riscul ca nu toţi medicii din sistem să-și respecte obligaţiile de a completa aceste documente informatice. Cine le va completa atunci?

Există încă medici de spital care nu știu că sunt obligaţi prin lege să elibereze reţete compensate pe 30 de zile la externare, dar și scrisoare medicală tipizată. Se întâmplă extrem de frecvent și avem de ales între a încălca legea și a lăsa pacienţii fără tratament. Desigur, CNAS are o mare resonsabilitate, căci, deși am depus documente în acest sens de ani buni, nu s-a rezolvat nimic.

Pe ce proiecte se va concentra SNMF în 2014 pentru a consolida și stabiliza statutul medicului de familie?

Dacă ne vom putea desfașura activitatea în baza unui contract rezonabil, ne vom centra pe proiecte profesionale. Ne dorim să iniţiem un manual practic de medicina familiei, ne dorim să realizăm alte grupuri de lucru deosebite, cum este grupul de vaccinologie al SNMF. Vom începe cu un grup de pneumologie și vom continua și cu alte domenii (puericultură, cardio, pediatrie, etc), căci specialitatea noastră este atotcuprinzătoare. Aceste grupuri de excelenţă vor disemina informaţii valoroase, înnoitoare, centrate pe activitatea noastră. Statutul medicului de familie este strâns legat de calitatea profesioniștilor săi.

Dacă avem neșansa de a rata un contract acceptabil pentru medicii de familie, ne vom centra toată atenţia pe protejarea intereselor medicilor. Ca să putem să ne dezvolăm profesional trebuie să putem lucra în condiţii normale.

Ce participare preconizaţi pentru editia din acest an a Conferinţei Naţionale de Medicina Familiei?

Va exista și o participare internaţională?

Care sunt principalele teme pe care le veţi aborda în cadrul conferinţei?

Preconizăm să avem o participare apropiată de 2000 de medici, ca si în anii trecuţi. Vom avea invitaţi din străinătate, dar nu va fi o Conferinţă Internaţională. Temele sunt multiple, extrem de variate și ilustrează perfect ariile de interes ale medicilor de familie. Cardiologie, puericultură, vaccinologie, nefrologie, sesiuni de e-health, paliatie, boli respiratorii, patologia adolescentului, boli metabolice, dermatologie, ateliere dedicate însușirii unor abilităţi practice… dar și dezbateri pe pachetul de bază și pe proiectul de contract cadru.

Un program complex, la fel de complexă cum este specialitatea noastră și dubla noastră responsabilitate de practicieni și manageri.

Cum s-a mai demonstrat și altădată, în momente de cumpănă, solidaritatea breslei și buna practică profesională sunt calea spre progres și către normalitate.

Doppel herz® aktiv

Omega-3 Cardio

Ulei de peşte cu EPA şi DHA + Acid folic + Vitamina B_6 şi B_{12}

Pentru un sistem cardiovascular sănătos

Produse germane cu o tradiție de peste 115 ani.

Doppel herz®

Factori de risc în apariția

Diabetul zaharat (DZ) este una dintre cele mai frecvente boli cronice, a cărei incidență și prevalență crește cu vârsta, așteptându-se ca între 1995-2025 prevalența să crească cu aproximativ 41% în țările dezvoltate.

Grupul pacienţilor vârstnici cu DZ este heterogen, incluzând persoane cu DZ de tip1 cu debut în copilărie, persoane cu DZ de tip 2 diagnosticat înainte de 65 de ani și pe cele cu DZ diagnosticat după această vârstă.Conform statisticilor rata mortalităţii este de aproape cinci ori mai mare la vârstnicii cu diabet zaharat decât la persoanele de aceeași vârstă, fără diabet zaharat, pacienţii vârstnici fiind mai predispuși la anumite complicaţii acute.

Simptomele hipoglicemiei diferă în funcţie de vârstă, vârstnicii prezentând mai frecvent fenomene neurologice.

Simptomele sunt nespecifice și apar de obicei într-un timp scurt (uneori în câteva minute). Ele pot fi împărţite în:

Simptome adrenergice (autonome)

Aceste simptome au o funcţie de alertă și sunt induse prin activarea sistemului nervos simpatic: tremor/agitare sau sentimente de nervozitate, transpiraţii, slăbiciune, ameţeală, iritabilitate, senzaţia de foame și dureri de cap (apar de obicei după episodul acut), paloare, greaţă sau dureri de stomac, piele umedă, hipotermie. Simptomele adrenergice pot fi mascate de utilizarea anumitor medicamente, cum ar fi betablocantele.

Simptome neuroglicopenice și neurologice

Acestea sunt cauzate de o deficiență de glucoză în creier: dificultăţi de concentrare, afectarea motricităţii, confuzie, probleme de vedere / imagine dublă, somnolență, comportament agresiv, psihotice, delir, tulburări de vorbire, pierderea conștienței, pareze, crampe, convulsii, comă.

Limita inferioară a glucozei este în general de 70 mg/dl, deși uneori, apar și glicemii mai mici fără simptomatologie. O glicemie < 65mg/dl cu simptomatologie zgomotoasă care se remite după normalizarea concentraţiei stabilește diagnosticul de hipoglicemie. Hipoglicemia poate să apară destul de brusc și simptomele variază de la persoană la persoană. De obicei aceste manifestări depind în mare parte de sensibilitatea persoanei și viteza de scădere a glucozei în sânge. Unii pacienţi suportă glicemii de 45 mg/dl cu simptomatologie ușoară în timp ce alţii la valori de 72 mg/dl pot intra în comă.

Atunci când un pacient vârstnic tratat cu insulină acuză cefalee repetată putem să avem în vedere o posibilă hipoglicemie nocturnă. Hipoglicemiile repetate la persoanele vârstnice provoacă o serie de tulburări cum ar fi: ameţeli, greutate în păstrarea echilibrului, slăbiciune, pierderea temporară a conștienței, căderi ceea ce slăbesc încrederea în sine a pacientului și limitează independența acestuia.

Hipoglicemiile ușoare și moderate sunt, din păcate, subapreciate atât de pacient cât și de medic, dar ele trebuie evitate, fiindcă fiecare episod înseamnă o mică deteriorare morfofuncțională a masei neuronale cerebrale, ceea ce, în timp, prin cumulare, poate să aibă consecinţe negative grave asupra capacităţii intelectuale a pacientului, uneori cu posibilitatea instalării encefalopatiei cronice posthipoglicemice. Diferite cauze ale hipoglicemiei la vârstnic sunt enumerate în **tabelul 1**.

Incidența hipoglicemiei datorată interacţiunilor medicamentoase complexe, în special în ceea ce privește antidiabeticele orale și insulina, crește cu vârsta. Acest risc este crescut în cazul preparatelor insulinice cu durată lungă de acţiune sau al preparatelor premixate (7).

Cei mai semnificativi fac-

hipoglicemiei la vârstnic

tori de predicţie ai apariţiei hipoglicemiei în rândul vârstnicilor sunt: vârsta înaintată, spitalizarea recentă şi polipragmazia (Situaţie în care i se prescriu bolnavului prea multe medicamente).

Alterarea avertizării hipoglicemiei este frecventă şi apare în special la pacienţii trataţi cu insulină. Apariţia hipoglicemiei nesesizate ("unwareness hypoglicemia") se datorează probabil: expunerii cronice la valori scăzute ale glicemiei (9), antecedente de hipoglicemie recentă, contrareglare deficitară, hipoglicemie asociată insuficienţei centrale autonome.

Polipragmazia, atât de specifică vârstnicilor, este un alt factor de risc pentru apariţia hipoglicemiilor. Mai jos, în tabelul 3, sunt prezentate câteva dintre interacţiunile frecvent întâlnite.

Vârstnicii datorită fragilităţii şi datorită bolilor asociate, de exemplu osteoporoza, sunt mai predispuşi în timpul unei hipoglicemii severe la fracturi, luxaţii, traumatisme. Efectele hipoglicemiei la vârstnici implică pierderea independenţei şi afectarea calităţii vieţii.

Tabelul1: Cauze de hipoglicemie la vârstnic

Medicaţie
• Preparate cu durată lungă de acţiune: glibenclamid, clorpropamid • Betablocantele pot masca hipoglicemia şi întârzie recuperarea normoglicemiei • Inibitorii de enzimă de conversie prin scăderea insulinorezistenţei • Antidepresivele cu selectivitate pe receptorii 5-HT(aproape toate SRRI)
Stil de viaţă
• Alcool • Dieta, Aport alimentar neregulat sau necorespunzător: mese sărite, neadecvate din punct de vedere a cantităţii de carbohidraţi, post, pauză prea mare între mese
Patologie acută asociată
• Sepsis (răspunsul inflamator sistemic al organismului, declanşat de invazia microbiană) • Insuficienţe hepatică, renală sau cardiacă • Malnutriţie severă • Delir
Factori neuroendocrini
• Modificări în secreţia de insulină • Deficienţe hormonale

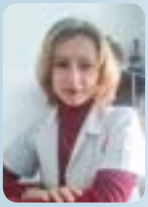
Astfel pot apărea:

- Căderi cu risc crescut de accidentare şi fracturi (parţial din cauza osteoporozei). Schwartz et al. prezintă în studiul său cum femeile cu DZ tratate cu insulină, au riscul de aproape 3 ori mai mare de a cădea decât femeile de aceaşi vârstă, fără DZ;
- Teamă şi auto-izolare;
- Efecte hemodinamice: aritmii cardiace;
- Risc crescut de accident vascular cerebral, atac de cord, comă;
- Risc crescut de deces.

Prevenţia hipoglicemiei la persoanele vârstnice suferinde de diabet poate determina creşterea încrederii în propia persoană, complianţa la tratament şi creşterea calităţii vieţii.

Dr. Aurelian Sorina Maria*,
Dr. Capisizu Ana**
**Medic specialist geriatrie si gerontologie, Asist. Univ. Universitatea Titu Maiorescu – Facultatea de Medicină, Sef. Lucr.Univ. Clinica de Geriatrie, Spital „Sf. Luca”*

Stigma obezităţii sau „Primum non nocere”



Dr. Madalina Indrie
medic specialist diabet, nutritie și boli metabolice
www.nutritiecluj.ro

Este tulburător să descoperi câtă suferință se ascunde în ochii unei persoane cu probleme de greutate. De nenumarate ori se întamplă să izbucnească în plâns în timpul consultațiilor pacienți de toate vârstele copii, adolescenți, adulți, femei dar și bărbați.

Odată cu creșterea prevalentei obezității se naște discriminarea pe baza greutăţii sau a formei corporale. Tindem să judecam o persoană cu probleme de greutate din primul moment în care o vedem: „N-are voinţa, este ignorantă, nu se vede in oglindă?, este leneşă”. Atribuim în mod direct persoanei respective vina de a fi obeză, fară a-i acorda nici o clipa prezumţia nevinovăţei.

Stigmatizarea din cauza greutăţii corporale apare în toate formele: verbal - insulte, ridiculizări, tachinări directe sau indirecte, fizic – atingeri, ciupituri, sau mult mai subtil – scaune prea mici in locuri publice, magazine care nu au haine pe masură, sau, si mai grav, cabinete/clinici medicale care nu au echipamente corespunzatoare.

Fenomenul apare în şcoli, de la vârste foarte fragede, apare la locul de muncă (discriminarea apare direct de la angajare, sau sunt studii care arată că persoanele cu probleme de greutate sunt plătite mai puţin pentru aceeaşi muncă faţa de persoanele cu greutate normală), în magazine, pe stradă, în cadrul unui consult medical sau chiar acasă(părinţi sau alţi membri ai familiei).

Este de dorit în cadrul consulturilor medicale a se acorda atenţie la atitudinea şi recomandările care se dau unei persoane cu obezitate. Dacă pacientul se adresează unui serviciu medical pentru o problemă atunci trebuie diagnosticată şi rezolvată acea problemă indiferent daca are legatura cu greutatea sau nu, iar recomandări de genul „Ar trebui să slăbiţi” nu este bine sî fie folosite. Toţi pacienţii cu obezitate stiu că ar trebui să slăbească şi marea majoritatea fac eforturi în această direcţie. O lombalgie, valori tensionale ridicate, artroze cu diferite localizări, tulburari digestive, cardiace, ortopedice, neurologice trebuie rezolvate indiferent dacă pacientul va reuşi să slăbească sau nu.

Și ca să dau un exemplu elocvent și tulburator: adolescentă, 16 ani, cu obezitate, se prezintă în serviciul de Pediatrie pentru cefalee. Este consultată și se stabilește ca și cauză a cefaleei valorile tensionale ridicate. Recomandările sunt: „scadere în greutate” și i se dă un model de dietă tras la xerox, fară nici o legatură cu programul de şcoală, preferinţele alimentare, regimul de mişcare etc, dietă pe care pacienta nu a reuşit să o respecte. Este de prisos să menţionez că cefaleea nu s-a ameliorat.

Dacă ne gândim puţin la cauzele obezităţii şi luăm în considerare că sunt 22 (în unele studii 25) gene implicate în echilibrul foamei şi saţietăţii, cămai sunt considerente şi de ordin epigenetic (modificări în expresia genelor, fară defecte în ADN), atunci putem înţelege că doar un mic defect genetic la nivel de ADN, sau la nivel de receptor, sau alterări în mo-

mentul expresiei genetice pot avea consecinţe biochimice: complexe care să zdruncine echilibrul foamei şi saţietăţii, preferinţele alimentare, nivelul de plăcere şi recompensa adusă de alimente, reglarea metabolică a surplusului energetic, nivelul de rezistenţă la insulină. Peste toate acestea intră în discuţie şi obiceiurile şi convingerile alimentare moştenite de la părinţi.

Cel mai recomandabil ar fi să nu facem presupuneri de nici un fel când avem un pacient cu probleme de greutate. S-ar putea ca pacientul deja să fi slăbit câteva kilograme şi să se simtă victorios şi bucuros pentru acest lucru, iar dacă medicul dă nemulţumit din cap din cauza greutăţii actuale nu este productiv deloc. sau, s-ar putea ca pacientul să facă eforturi majore din punctul lui de vedere şi totuşi să nu reuşească să slabească, sau sa ajungă la un platou cu greutatea, atunci în acel moment pacientul trebuie susţinut, lăudat în demersurile pe care le-a făcut şi ajutat să persevereze. Şi spun aceste lucruri pentru că uneori cadrele medicale pot face mai mult rău decât bine prin atitudinea abordată.

Recomandabil este şi să cerem permisiunea de a adresa problema greutăţii, să recunoaştem că scăderea în greutate este un proces dificil şi de lungă durată. Şi de asemenea, este foarte important să ne dâm seama cât de pregatit este pentru schimbare şi cât de motivat este pacientul (în acest sens se pot folosi cele cinci trepte ale schimbării definite de Prochaska). Acest ultim aspect determină în foarte mare măsură abordarea terapeutică ulterioară. Unui pacient care nu este gata să facă schimbări nu-i vom da recomandări foarte drastice. Însăşi îndrumarea de a consulta un medic nutriţionist poate sa nu fie oportună în acel moment. Cea mai bună formulare în astfel de cazuri ar fi: „Atunci când vă hotărâţi, sunaţi să vă faceţi o programare la un specialist."

Este uşor să cădem în capcană şi să învinuim pacientul pentru greutatea pe care o are, însă această direcţie poate accentua un sindrom depresiv (existent de cele mai multe ori), poate demotiva pacientul, îl poate îndeparta de eforturile pe care le făcea până atunci, sau şi mai grav, îl poate împiedica să caute asistenţa medicală ulterior.

Şi să nu uităm principiul fundamental care ne ghidează ca medici:

„Primum non nocere"

Bio-Active MC, produs japonez de excepţie!

Vă prezentăm un nou caz în care Bio Active MC Oyama Agaricus a ameliorat efectele secundare ale chimioterapiei și a ajutat în cazul pacienților diagnosticați cu cancer.

Studiu de caz

Am fost contactați de dna I.M. din jud. Alba, în vârsta de 45 ani.

Acum câteva luni a fost diagnosticată cu cancer la plămâni și cu metastaze osoase. Deși șansele de supraviețuire date erau mici, a decis să înceapă chimioterapia și în paralel să administreze și Bio Active MC.

Cu 2 pliculețe/zi în timpul tratamentului, a reușit să nu resimtă efectele secundare ale acestuia. După ce a terminat cura, a încercat 3 pliculețe/zi, apoi 4 pliculețe/zi.

După 6 luni, tumora care era neoperabilă a scăzut considerabil, iar doamna este acum în continuare în tratament. Dumneaei a ales să dizolve pliculețele de Bio Active MC în ceai antitumoral, nu apă plată, pentru maximizarea efectelor produsului.

Alimentația în toată această perioadă a fost una cât mai sănătoasă, evitându-se în mod special prăjelile.

Daniela Cismaru Inescu
SC Euro Japan Trading,
Mobil: 0723.93.30.17
E-mail: office@ejtrading.eu •
Web: www.ejtrading.eu

Notă: ***Bio Active MC*** *este un supliment alimentar și nu înlocuiește tratamentul recomandat de medic sau un regim alimentar variat. Rezultatele diferă în funcţie de organismul fiecărei persoane, dar este întru totul natural și ajută la buna funcţionare a organismului. De asemenea, prin bogatul conţinut de Beta-D-Glucan, luptă cu celulele canceroase. Vă recomandăm să îl achiziţionaţi din punctele autorizate de pe site-ul nostru, pentru a beneficia de sfat autorizat de administrare.*

De ce Bio-Active MC?

- Deoarece sănătatea este mai bună decât toate și meriţi să ai parte de ea!
- Deoarece conţine 100% extract din ciuperca Agaricus Blazei Murill, denumită „Ciuperca lui Dumnezeu", cunoscută pentru acţiunea anti-tumorală puternică.
- Deoarece ciuperca este cultivată în mediu natural, nu în seră, fără îngrășăminte chimice.
- Deoarece **Bio Active MC** îţi oferă garanţia calităţii japoneze, prin mărcile primite de la asociaţii de Medicină Alternativă și Complementară din Japonia.
- Deoarece îl achiziționezi din farmacie sau plafar, cu indicații de administrare personalizate.
- Deoarece vezi minime îmbunătăţiri ale stării de sănătate în 10-12 ZILE!
- Deoarece sănătatea este mai bună decat toate și meriţi să ai parte de ea!
- Conţine 120 de elemente necesare organismului (minerale, aminoacizi, oligoelemente) și este ușor de înghițit și ușor de asimilat!

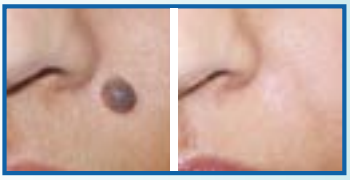
ellman®
Experts in Precision Surgery

Intervenţii dermatologice realizate fără sângerare şi cu rezultate estetice superioare laserului, electrochirurgiei sau bisturiului

RADIOCHIRURGIE
Tehnologie Americană Patentată 4.0 MHz

Avantaje
- Vindecare rapidă
- Incizie fără presiune
- Incizie şi coagulare simultană
- Fără sângerare, edem şi inflamaţie
- Disecţia ţesutului fără producerea arsurilor
- Elimină durerea postoperatorie
- Reducerea semnificativă a riscului de infecţie şi al apariţiei hematoamelor
- Proceduri chirurgicale reduse ca durată
- Reduce disconfortul pacientului şi tratamentele postoperatorii
- Siguranţa chirurgului şi a pacientului; măsurile de siguranţă sunt minime în comparaţie cu laserul
- Costuri minime de întreţinere, uşor de utilizat

Proceduri comune
- Extirparea leziunilor beningne şi maligne (negi, carcinoame, cicatrice hipertrofice, keratoze, pete)
- Ideal pentru biopsie
- Telangiectazii
- Extirparea verucilor
- Matricectomie
- Procedura chirurgicală Mohs
- Microgrefe (transplant păr)
- Blefaroplastii
- Blefaroplastie transconjunctivală
- Rinofima
- Indepărtarea negilor, cheloidelor
- Eliminarea cicatricelor



Distribuitor Romania:
ELLMAN MED SRL
Tel :(021)311.94.42; (021)311.94.43 ▪ Fax.(021)311.69.60
e-mail:office@ellman.ro ▪ www.ellman.ro ▪ www.pelleve.ro

CE 0413

ELLMAN International,Inc.
3333 Royal Avenue, Oceanside, N.Y. 11572-3625 U.S.A
Tel: 800 835-5355; 516 594-3333 ▪ Fax: 516 569-0054
www.ellman.com ▪ www.pelleve.com

Cum tratăm astenia de primăvară?

Iarna, cu frigul și întunericul ce o însoțesc , a rămas în urmă, însă de multe ori razele de soare ale primăverii ne găsesc obosiți și irascibili și sleiți de putere.

Această paletă de simptome este denumită astenie de primăvară și chiar dacă nu reprezintă o boală recunoscută, nu trebie tratată cu indiferență. Anumite cazuri pot da naștere depresiei, care este o problemă mai serioasă și mai greu de tratat.

Astenia de primăvară afectează toate categoriile de vârstă și se manifestă prin simptome cum ar fi stările de epuizare fizică și mentală.

Cauzele asteniei de primăvară sunt multiple: lipsa de vitamine și minerale cauzată de alimentația din timpul iernii, nivelul scăzut de serotonină, care este rezultatul lipsei de lumină și activitate fizică, precum și starea alterată de sănătate, influențată de afecțiuni cronice sau de sezon.

Stare de bine

Serotonina, supranumită "hormonul fericirii", contribuie la starea generală de fericire, de bine și de echilibru, iar nivelul acestuia scade pe perioada iernii, fiind influențat de lumină.

Pentru a crește secreția de serotonină și pentru un plus de voie bună și energie un pas excelent de plecare sunt exercițiile fizice. Studiile au demonstrat că, pe lângă numeroase alte beneficii, exercițiile fizice cu un nivel moderat de dificultate promovează secreția de serotonină. O combinație perfectă ar fi să vă antrenați în aer liber, profitând în acest fel de lumina soarelui, care vă ajută să vă refaceți în același timp rezervele de vitamina D, epuizate în timpul iernii.

Alte metode de stimulare sunt masajul, meditația și revenirea la amintiri plăcute din trecut, toate acestea fiind asociate cu o creștere a valorilor serotoninei.

Nivelul acestui hormon atât de important poate fi crescut și prin alimentație - apelând la ciocolata neagră, produse bogate în acizi grași Omega 3 (pește, nuci) și evitând consumul de alimente procesate excesiv.

Refaceți-vă rezervele de vitamine

Alimentația joacă un rol important în prevenția și vindecarea asteniei de primăvară printr-o multitudine de mecanisme, ajutându-ne să ne refacem stocul de vitamine din organism. Pentru a simți efectele alegeți o dietă bogată în fructe și legume proaspete, în special cele cu un conținut ridicat de vitamina C și vitamina B.

În cazul în care simptomele asteniei sunt mai severe, s-ar putea să fie necesară suplimentarea cu ajutorul unui complex de vitamine și minerale, pentru o perioadă de cel puțin o lună de zile. Pe lângă vitaminele amintite mai sus, utilă pentru a reduce stresul și pentru a crește randamentul fizic este și combinația dintre Magneziu și vitamina B6.

Alături de alimentele potrivite, nu trebuie să uităm de hidratarea adecvată a organismului. Recomandările specialiștilor sunt de circa 3 litri pe zi pentru bărbați și 2, 2 litri pentru femei.

Nu în ultimul rând, odihna și somnul sunt extrem de importante în reechilibrarea organismului și adaptarea la noul anotimp. Încercați să dormiți cel puțin 7-8 ore în fiecare noapte, să mergeți la culcare la aceeași oră și să dormiți într-un mediu aerisit, cu cât mai puține echipamente electronice în jur.

Mariana Bronţ
Asistent de farmacie
www.farmacia3.ro

a 6-a Conferință Națională de Pneumologie Pediatrică

cu participare internațională

www.pneumologiepediatrica2014

organizată de
Secția de Pneumologie Pediatrică - Societatea Română de Pneumologie
Clinica de Pediatrie - Spitalul Clinic de Copii Dr. "Victor Gomoiu"

sub patronajul
Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București

joi, 24 - sâmbătă, 26
aprilie 2014
București

Sindromul de ochi uscat și operația de cataractă

Dr. Claudia Turcu,
medic primar oftalmolog,
Clinica Oftalmologică I CARE

Sindromul de ochi uscat este o afecțiune cronică, multifactorială a suprafeței oculare, cu impact semnificativ asupra calității vieții și unul dintre cele mai comune motive ale prezentării la medicul oftalmolog.

Boala suprafeței oculare tinde să fie mai frecventă cu vârsta, considerându-se chiar că procentul pacienților care au sindrom de ochi uscat este aproape egal cu vârsta lor.

Cataracta produce o reducere progresiva a vederii, neimpunând intervenția chirurgicală decât după mulți ani de evoluție. Cum vârsta medie a pacienților care se operează de cataractă este de șaptezeci de ani, este de așteptat să existe manifestări ale sindromului de ochi uscat la circa 70% din bolnavii cu cataractă ce urmează a fi operați.

S-a constatat că, deși o mare proporție din acești pacienți prezintă semne clinice semnificative ale unei suferințe ale suprafeței oculare, totuși, majoritatea sunt asimptomatici, ceea ce face ca adesea afecțiunea să nu fie diagnosticată preoperator, atenția pacientului și a medicului fiind concentrate pe suferința principală - alterarea vederii.

Datele clinice sugerează că operația de cataractă crește severitatea sindromului de ochi uscat cu un nivel, astfel încât după operația de cataractă aproape toți pacienții vor prezenta simptome legate de boală a suprafeței oculare. Această evoluție se explică prin perturbările induse de operație asupra reflexelor ce reglează secreția lacrimală și rata clipitului, prin lezarea directă a plexurilor nervoase corneene la nivelul inciziilor limbice, la care se adaugă efectul toxic asupra epiteliului corneean al medicației topice administrate intra și post operator.

De aceea, chiar după o operație fără incidente, urmată de îmbunătățirea acuității vizuale, pacientul poate fi nemulțumit.

În era modernă, când succesul operației de cataractă este un loc comun, pacienții se concentrează pe aspect, confort și calitatea vederii postoperatorii în aprecierea rezultatelor.

În aceste condiții, ochiul uscat netratat este cea mai frecventă cauză a insatisfacției pacientului, interferând în moduri și momente multiple cu rezultatul funcțional al operației.

Interfața aer-film lacrimal este cea mai importantă suprafață refractivă a ochiului și o componentă majoră a succesului operației de cataractă, mai ales atunci când se utilizează cristaline premium sau multifocale. O suprafață oculară neregulată induce distorsiuni ale imaginii care sunt amplificate de designul acestor lentile. Postoperator, acești pacienți pot acuza o intensificare a unor fenomene vizuale nedorite (glare, halouri, etc;).

Preoperator, problemele filmului lacrimal și ale suprafeței corneene pot afecta datele keratometriei, reducând acurateța calculului puterii IOL. Alterarea suprafeței ocu-

lare poate conduce la erori semnificative ale masurătorilor pentru determinarea puterii şi a axului lentilelor intraoculare cilindrice.

Este motivul pentru care, în formele severe de ochi uscat se recomandă alegerea unei lentile intraoculare monofocale, mai puţin sensibilă la modificările vizuale date de alterarea filmului lacrimal.

Mai mult, odată cataracta îndepărtată, fluctuaţiile vederii date de insuficienţa şi/sau instabilitatea filmului lacrimal, vor deveni mai uşor de sesizat de către pacient, care le va asocia cu operaţia de cataractă.

Din aceste motive, sănătatea suprafeţei oculare trebuie să fie un obiectiv esenţial în îngrijirea pre - şi postoperatorie a pacientului cu cataractă.

Diagnosticul precoce, preoperator, prin evaluarea atentă şi recunoaşterea pacienţilor cu risc, oferă oportunitatea tratării şi optimizării suprafeţei oculare înaintea procedurilor chirurgicale, având ca rezultat reducerea severităţii simptomatologiei postoperatorii şi grăbirea recuperării vizuale. Se recomandă instituirea tratamentului cu una -două săptămâni înaintea efectuării măsurătorilor biometrice cu lacrimi artificiale pentru refacerea filmului lacrimal şi antiinflamatorii steroidiene topice în cazurile moderate sau severe, la care se adaugă măsuri adresate igienei pleoapelor şi tratării afecţiunilor acestora.

Intraoperator, măsurile au în vedere dozarea atentă a factorilor ce pot afecta suprafaţa oculară: analgazicele cu administrare topică, în a căror formulă intră conservanţi, lumina intensă a microscopului operator, care produce desicaţia suprafeţei ochiului, dar mai ales inciziile corneene, ce produc denervare localizată, responsabilă de simptomatologia postoperatorie.

Postoperator, evitarea utilizării excesive şi prelungite a tratamentelor topice necesare vindecării. Administrarea de lacrimi artificiale în prima săptămână după operaţie reduce semnificativ simptomatologia.

Tratamentul pre - şi post operator poate îmbunătăţi rezultatele operaţiei şi reprezintă un element cheie în îngrijirea pacientului.

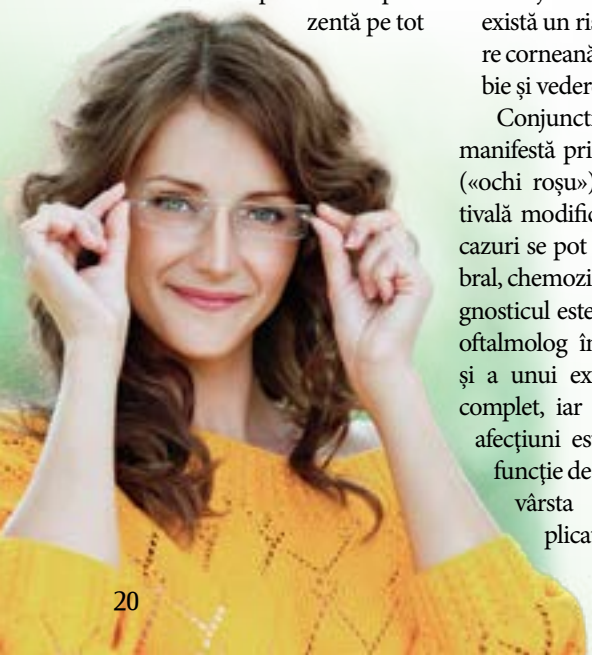
Pe de altă parte, pacienţii cu risc trebuie să fie informaţi în legătură cu probabilitatea apariţiei sau agravării simptomelor legate de suferinţa suprafeţei oculare postoperator şi cu caracterul, în general, autolimitat al acesteia, cu revenirea la statusul iniţial (comparabil cu al ochiului congener, după aproximativ trei luni după intervenţia chirurgicală).

Creşterea înţelegerii pacientului şi stabilirea unor aşteptări realiste din partea lui, îmbunătăţesc adesea nivelul satisfacţiei acestuia şi relaţia medic-pacient.

Boli oftalmologice ale primăverii

Pentru că primăvara se apropie cu paşi repezi, am considerat că este binevenită o menţionare a afecţiunilor oftalmologice cu incidenţă crescută în acest sezon.O categorie aparte ce domină patologia oculară în acest sezon este cea a conjunctivitelor alergice. Conjunctivita alergică este generată de reactivitatea sistemului imun la alergeni din mediul înconjurator, iar primăvara se poate întâlni sub urmatoarele forme :

1. Conjunctivita alergică simplă – are apariţie sezonieră sau perenă. Forma sezonieră este determinată de o reactie alergică la polen, spori, iarbă şi afectează populaţia în special primăvara, dar şi vara. Forma perenă este prezentă pe tot parcursul anului şi este o reacţie la alergeni de tipul: praf, mucegai, păr de animale.
2. Keratoconjunctivita primăvăratică – este o afecţiune întâlnită de obicei la copii cu vârsta mai mare de 5 ani. Simptomatologia este dominată de prurit intens (mâncărime) şi secreţie cu aspect mucoid. În cazul în care nu este tratată corespunzător, vederea este afectată secundar interesării corneene.
3. Keratoconjunctivita atopică – de obicei afectează adulţii tineri şi se manifestă prin prurit intens şi secreţie apoasa. În general pacienţii au un istoric de dermatită atopică şi prezintă riscul unor infecţii concurente de tipul celei cu virus Herpes Simplex. Ca şi în cazul keratoconjunctivitei primăvăratice, există un risc crescut de afectare corneană, asociată cu fotofobie şi vedere «în ceaţă».



Conjunctivitele alergice se manifestă prin prurit, hiperemie («ochi roşu»), secreţie conjunctivală modificată, iar în anumite cazuri se pot asocia edem palpebral, chemozis sau fotofobie. Diagnosticul este stabilit de medicul oftalmolog în urma anamnezei şi a unui examen oftalmologic complet, iar tratamentul acestei afecţiuni este individualizat în funcţie de tipul conjunctivitei, vârsta pacientului, complicaţii şi alte patologii asociate. Tratamentul este simptomatic şi constă în evitarea alergenului declanşator, măsuri de igienă locală, tratament topic (colir), iar în formele severe se poate asocia şi un tratament sistemic.

În plus faţă de subiectul dezvoltat în rândurile de mai sus, vreau să atrag atenţia pacienţilor asupra infecţiei cu virusul Herpes Simplex, infecţie ce poate afecta atât copiii, cât şi adulţii, în orice anotimp. Keratita herpetică se manifestă prin hiperemie, lăcrimare, fotofobie, vedere "în ceaţă", durere , iar diagnosticul este stabilit de medicul oftalmolog în urma examenului clinic. Tratamentul este de obicei topic, cu picături sau unguent, dar în anumite cazuri se asociază şi un tratament sistemic antiviral în funcţie de severitatea afecţiunii, imunitatea pacientului sau numărul de recurenţe. Şi pentru că am vorbit de recurenţe, este bine să menţionez că această keratită asociază acest risc de reapariţie a infecţiei la un interval variabil de timp, chiar şi în cazul în care tratamentul este efectuat corect.

În concluzie, consider că este bine ca pacientul să fie informat că ochiul roşu nu înseamnă întotdeauna conjunctivită şi că uneori această simptomatologie poate ascunde o patologie mult mai severă care netratată corespunzător poate avea urmări grave asupra sănătăţii oculare.

Dr. Irina Lutic
Medic specialist oftalmolog
www.amaoptimex.ro

AMA OPTIMEX

Alimente recomandate pentru sănătatea ochilor

Cele mai importante alimente care menţin sănătatea ochilor şi previn bolile oculare sunt cele care conţin antioxidanţi: vitamina A, C, E, carotenoide (luteină, zeaxantină, betacaroten, licopen), bioflavonoide (quercitin, rutin), antacianozide, acizi graşi esenţiali omega 3 şi omega 6, sulf, aminoacizi esenţiali (cisteină, taurină), minerale (zinc, cupru, seleniu, crom, magneziu).

1 Afine, coacăze negre, mure, zmeură, struguri – alături de vitamine conţin antacianozide – substanţe puternic antioxidante care au un rol important în prevenirea degenerescenţei maculare, retinopatiei diabetice şi a cataractei, în adaptarea la întuneric, în creşterea capacităţii de efort a ochiului în oboseala oculară şi miopie.

2 Spanac, salată verde, broccoli, varză de Bruxelles – conţin luteină şi zeaxantină – pigmenţi galbeni care se acumulează în zona centrală a retinei, în macula lutea, pe care o protejează de acţiunea nocivă a luminii albastre şi a radiaţiilor ultraviolete, prevenind astfel apariţia degenerescenţei maculare legată de vârstă. De asemenea conţin vitamina C, cunoscută pentru efectul antioxidant. Spanacul şi broccoli sunt principalele surse vegetale de coenzima Q10 recomandată în glaucom, cataractă, retinopatie diabetică, degenerescenţă maculară.

3 Morcovi, ardei, roşii, dovleac, caise – conţin vitamine A, C, E, carotenoide: betacaroten (un precursor al vitaminei A), luteină, zeaxantină, licopen, toate cu rol antioxidant. Licopenul se găseşte şi în pepene verde, grapefruit roşu. Fructele şi legumele galbene-portocalii, bogate în vitamina A, sunt indicate în sindromul de ochi uscat, degenerescenţă maculară, cataractă, glaucom.

4 Nuci, fistic, măsline, ulei de măsline, seminţe de in, ulei din seminţe de in – sursă importantă de acizi graşi esenţiali omega 3, care protejează celulele de modificări degenerative , contribuind astfel la păstrarea vederii şi prevenirea degenerescenţei maculare.

5 Ouă – conţin sulf şi cisteină, un aminoacid esenţial care este folosit la producerea glutationului, respectiv a glutation-peroxidazei. De asemenea conţin şi taurină, un aminoacid care se găseşte în concentraţie mare în retină şi este important în menţinerea vederii şi regenerarea ţesuturilor oculare. Ouăle conţin şi crom, care ajută la prevenirea miopiei.

6 Sardine, macrou, cod, ton, hering, somon – peşte bogat în acizi graşi esenţiali care protejează retina şi capilarele retiniene. Tonul conţine şi selenium care ajută glutationul în rolul său antioxidant.

7 Vin roşu – conţine resveratrol, unul dintre cei mai puternici antioxidanţi cunoscuţi, cu rol în prevenirea bolilor legate de vârstă, inclusiv a degenerescenţei maculare.

8 Usturoi, ceapă, şalote, capere – sunt bogate în sulf, element necesar pentru producerea enzimei glutation-peroxidaza, principalul distrugător al radicalilor liberi oxizi de la nivelul ţesuturilor oculare; ajută astfel la prevenirea în special a cataractei, dar şi a degenerescenţei maculare şi a glaucomului. Usturoiul conţine aminoacizii cisteină, metionină şi glutation, alături de seleniu. Usturoiul este bogat şi în bioflavonoide (quercitin şi rutin) care protejează retina de radiaţiile ultraviolete, acţionând sinergic cu taurina şi vitamina E.

Dr. Ilovan Anca,
medic primar oftalmolog

Oboseala cronică şi Celulele STEM

V-aţi confruntat în ultima perioadă cu dificultăţi de concentrare, stări de confuzie, dureri de cap, somn neodihnitor, slăbiciune fizică, uitaţi sau aveţi pierderi de memorie, vă lipseşte pofta de mâncare, ori mâncaţi compulsiv? Înseamnă că aveţi unele dintre cele mai frecvent întâlnite simptome ale oboselii cronice. Deşi pot părea neimportante şi trecătoare la prima vedere, aceste neplăceri ne afectează sistemul nervos şi sănătatea mintală. Dacă simptomele persistă câteva săptămâni la rând sau mai mult de 2-3 luni, cu siguranţă nu este vorba de o simplă astenie de primăvară şi trebuie luate măsuri, deoarece în această perioadă organismul uman face eforturi de adaptare la schimbări.

Regenerarea celulară a sistemului nervos

Viaţa agitată şi mereu pe fugă, alimentaţia nesănătoasă şi poluarea ne afectează sănătatea mintală mai mult decât am crede. Rezultatul acestora se măsoară în stres acumulat şi în accentuarea sentimentului apăsător de epuizare şi extenuare severă.

Sindromul oboselii cronice este considerat de marea majoritate a experţilor o boală cu propriul ei set de simptome bine definite, este tot mai frecvent întâlnit şi afectează vieţile tuturor oamenilor care suferă de această problemă a vieţii mondene.

Dacă mai demult se considera că celulele creierului, neuronii, odată ce au suferit leziuni în timpul vieţii, nu se mai pot regenera şi mor, ştiinţa şi cercetările din ultimii ani au demonstrat contrariul.

Odată demonstrată posibilitatea de regenerare a sistemul nervos, orizonturile oamenilor de ştiinţă s-au lărgit apărând astfel noi perspective nebănuite în vindecarea unor boli precum maladia Parkinson, Alzheimer, scleroza multiplă sau paraliziile.

Celulele STEM şi regenerarea celulară a organismului

Celulele STEM sunt celule nediferenţiate cu o extraordinară capacitate de a se auto-multiplica la nesfârşit, putându-se transforma într-o mare diversitate de celule diferenţiate precum celule nervoase, celule hepatice etc.

Celulele STEM embrionare construiesc diferitele organe încă dinainte de naştere, iar celulele STEM adulte asigură ulterior creşterea şi regenerarea organismului. Alga AFA este o sursă de bază pentru acizii graşi nesaturaţi EPA şi DHA foarte rari şi valoroşi pentru sistemul nervos. Pentru o funcţionare optimă, organismul uman are nevoie de circa 1 milion de celule noi pe secundă!

Alga AFA - stimulează producţia de celule STEM

Alga AFA este cel mai puternic produs vegetal care stimulează producerea şi migrarea Celulelor STEM acolo unde este nevoie de ele pentru regenerarea organismului.

Alga AFA conţine 12 vitamine, 27 de minerale naturale esenţiale şi 11 pigmenţi naturali precursori ai vitaminelor, enzimelor şi co-enzimelor. Alături de beta-caroten, alga AFA mai conţine şi bioflavonoizi, acid ribonucleic, enzime superoxide dismutase, catalase (care previn îmbătrânirea) şi seleniu.

Miraculoasele celule STEM ajută atât la regenerarea celulară a organelor cât şi a sistemului nervos. Efectele acţiunii celulelor STEM se pot vedea în cazul bolilor Alzheimer şi Parkinson (unde există rezultate uimitoare), boala canceroasă - s-au văzut regresii deosebite ale bolii, radioterapie şi chimioterapie în cancer, deficienţe imunitare, refacerea rapidă a traumatismelor, intervenţiilor chirurgicale, tratamente invazive, reumatism (osteoartrită, poliartrită reumatoidă etc.), colagenoze, boli auto-imune în general, hepatita virală A, B, C, ciroză şi leucemie.

HERBAGETICA
puterea extractelor

Singurul producător din România care are o gamă de produse naturale pe bază de alga AFA este Herbagetica:

AFA STEM Complex - *regenerează celulele şi ţesuturile bolnave din întreg organismul*

Hepatic STEM - *recomandat pentru regenerarea celulară a ficatului (în boli precum hepatită virală A, B, C, ciroză, steatoză hepatică)*

Oncology STEM - *recomandat în afecţiuni tumorale*

STEM Energy - *regenerarea celulelor nervoase din organismul uman Memory STEM - stimulează memoria şi atenţia.*

Detalii la tel. 0372/918.888
0745/435.877
www.herbagetica.ro
www.facebook.com/herbagetica

Suntem aşa cum gândim

Cristina Fülöp
Psiholog psihoterapeut
Cabinet Individual
de Psihologie
Tel.0722.509.713
0748.752.538

Deseori obișnuim să credem că atunci când ceva nu se desfășoară pe placul nostrum sau conform vrerii noastre, sigur cineva este răspunzător pentru asta și bineînțeles, este vorba despre altcineva și nu despre noi înșine. Cum spunem? „Din cauza ta, eu simt așa rău”... „Pentru că tu ai făcut sau nu ai făcut, eu am reacționat așa rău”... Adică, celălalt este responsabil pentru cum ne simțim și reacționăm noi... Dar oare, este adevărat?

Mă întreb câţi dintre noi, ne-am gândit măcar o dată, la o variantă care să excludă atribuirea responsabilităţii în afara noastră, pentru o stare negativă pe care o simţim sau pentru felul în care ne comportăm? Mai mult decât atât, nu doar că îi considerăm pe alţii vinovaţi pentru ceea ce simţim şi pentru cum reacţionăm, dar nu ezităm să îi şi pedepsim, conştient sau inconştient, voluntary sau involuntar, pentru răul pe care ni l-au provocat. Mai departe, atunci când în interacţiunile cu alţii, auzim aceleaşi cuvinte: „din cauza ta…”, ceea ce simţim, de cele mai multe ori, reactiv, este vinovăţie…

Cum se întâmplă, de fapt? De unde „apare” starea emoţională, fie ea pozitivă sau negativă? Oare este adevărat ceea ce am auzit, încă din copilărie: „m-ai dezamăgit, mă aşteptam să te porţi frumos!”?

Aşa este? Îi dezamăgim pe ceilalţi cu felul în care ne comportăm? Sau, mai degrabă, ei sunt dezamăgiţi în aşteptările lor, de felul în care ne comportăm noi? Da, aţi intuit corect! Deseori, aşteptările noastre şi ale celorlalţi, sunt că ceilalţi trebuie să se comporte într-un anumit fel (de cele mai multe ori, aşa cum ne-am comporta noi în situaţia respectivă sau alteori, aşa cum credem noi că este „bine”). De aici apar frustrările, nemulţumirile, dezamăgirile, reproşurile şi „pedepsele”. Adică, din felul în care gândim noi despre reacţiile şi comportamentele altora. Mai departe, asta înseamnă că doar felul în care gândim despre ceea ce fac alţii sau despre ceea ce (ni) se întâmplă este răspunzător de felul în care ne simţim. Aşadar, starea noastră este determinată de felul în care gândim despre ceea ce trăim, de aşteptările pe care le avem în legătura cu orice experienţă de viaţă, fie interacţiune cu un altul, fie situaţie de viaţă. Tot ceea ce ni se întâmplă este interpretat de fiecare dintre noi, la nivel cognitiv, într-un anumit fel. Toate gândurile noastre despre ceva, determină cum simţim despre „acel ceva” şi cum anume alegem să ne comportăm.

Încercaţi să evaluaţi ce anume aţi gândit ieri, când v-aţi supărat că cineva (sau ceva), v-a întârziat atunci când vă grabeaţi spre serviciu şi veţi „găsi” toate acele gânduri negative, multe dintre ele iraţionale, care v-au făcut să vă iritaţi şi să vă frustraţi, poate chiar să vă enervaţi sau să vă înfuriaţi. Cum anume v-aţi comportat, ca urmare?

Ideea este că felul în care gândim despre tot ceea ce ni se întâmplă, este responsabil de ceea ce simţim, şi mai departe, de felul în care reacţionăm şi ne comportăm… Deci, concluzionând, nu îi mai învinovăţiţi pe ceilalţi pentru culpe imaginare (pentru că nu se poartşă aşa cum vă doriţi sau credeţi voi că ar fi potrivit să se poarte) şi nici nu mai acceptaţi să vă asumaţi stări şi comportamente ale celor din jur.

Fiecare dintre noi simte şi se comportă, după cum gândeşte, aşa că, străduiţi-vă să gândiţi realist şi, atunci când este posibil, pozitiv!

Dorna turism pentru sănătate şi suflet

Complex & Spa Dorna Arini – Baza de Odihnă şi Tratament Recuperator „Procopie şi Elisabeta"

Există în România câteva locuri unde cultura, istoria, religia, frumuseţea naturală şi prietenia oamenilor se întâlnesc. Aceste locuri sunt în Bucovina.

Ţara Dornelor, una dintre cele mai pitoreşti depresiuni din Carpaţii Orientali, este o zonă aparte din Bucovina, impresionantă, cu numeroase tentaţii pentru odihnă şi tratament, unde puteţi beneficia de o vacanţă de neuitat.

În localitatea Dorna Arini, la numai 5 Km de Statiunea-Vatra Dornei, pe drumul ce duce spre Masivul Rarău – rezervaţie naturală, într-un decor mirific de brazi şi arini, s-a deschis un nou complex balnear.

Complexul este situat lângă Mănăstirea Acoperământul Maicii Domnului şi oferă condiţii optime pentru odihnă şi relaxare, tratament şi întreţinere, precum şi pentru evenimente.

Complexul include:

- **Hotel** *** - cu o capacitate de 60 locuri, dispuse în camere twin, single şi matrimoniale.
- **Camerele sunt spaţioase** şi combină mobilierul clasic şi elegant cu facilităţile moderne : acces la internet-wireless, cablu TV, LCD, frigider - minibar, telefon, baie cu cada sau duş, încălzire centrală, lift pentru deplasarea facilă la etajele superioare, inclusiv baza de tratament.
- **Sala de conferinţă** – poate găzdui până la 150 persoane, este dotată cu echipamente moderne : ecran de proiecţie, videoproiector, internet wireless, flipchart şi consumabile.
- **Restaurant omologat***** cu o capacitate de 90 locuri, decorat cu elemente clasice şi dotări moderne, locul unde se pot servi preparate atent lucrate, după reţete tradiţionale româneşti, dar şi din bucătăria internaţională;

Baza de Tratament şi Relaxare foloseşte pentru oaspeţii noştri, toate noutăţile în materie de sănătate. Procedurile şi tehnicile specifice, la care se adaugă factorul natural de cură – climatul subalpin cu aeronizare negativă, se adreseaza afectiunilor din: reumatologie, recuperare fizică, medicină sportivă, cardiologie, boli metabolice şi de nutriţie, neurologie etc.

Proceduri de inaltă clasă: hidroterapie în ozon şi diatermia, dar şi clasicele băi de plante naturale, băi galvanice ÎMPACHETĂRI CU NĂMOL DE TECHIRGHIOL, electroterapie, masaje terapeutice şi de relaxare, saună uscată şi umedă, toate se completează cu terapia prin credinţă.

Complexul Dorna Arini este o locaţie liniştită, împrejurimile oferindu-vă o privelişte plăcută, relaxantă. Aerul curat, cu miros puternic de răşină de brad datorită pădurilor din apropiere, vă va încărca de energie şi voie bună.

Adresa: Str. Republicii, Nr. 5, 725700, Vatra Dornei, Jud.Suceava
Tel: 0230/375314, 374525, 374526, 371150
Tel/Fax: 0230/371778
E-mail: info@dornaturism.ro
rezervari@dornaturism.ro
office@dornaturism.ro

Antrenamente mai scurte, rezultate mai bune

HIIT, CrossFit, Tabata – tu ce alegi ca să-ți depășești limitele?

În funcţie de obiectivele pe care le ai în antrenament – tonifiere, slăbire, menţinerea greutăţii, îmbunătăţirea stării de sănătate, creşterea rezistenţei –, poţi să lucrezi într-un timp scurt prin câteva metode. Ţi le prezentăm pe trei cele mai intense. Tu alege-o pe cea care ţi se potriveşte cel mai bine.

http://w.worldclass.ro

HIIT – ideal pentru sprinturi

În acest tip de antrenament combini două exerciţii: unul de intensitate mare cu unul de intensitate mică. Se aplică de obicei la antrenamentele bazate pe sprint, dar poate fi făcut pe orice aparat de cardio, cu accelerări intense de 30-40 de secunde şi revenire de 15-20 secunde la un ritm uşor. Durata antrenamentului este dată şi intensitatea la care vrei să lucrezi. De exemplu, o alergare pe bandă la 15km/h , timp de 30 de secunde, combinată cu mers la 5 km/h timp de 15 secunde înseamnă deja un interval de 45 de secunde. Dacă îţi propui să faci 20 de intervale, atunci o să ai un antrenament de 15 minute.

Cross Fit – când vrei să îți testezi forța

Acest timp de antrenament este cel mai nou trend în prezent, el combinând exerciţii din gimnastică, ridicări olimpice, exerciţii cu greutatea corpului şi efort aerob. Este bazat pe WOD (workout of the day), care reprezintă o combinaţie de exerciţii ce trebuie efectuate în nişte parametrii presetaţi. De exemplu: WOD Filthy 50 este un circuit de 10 exerciţii prestabilite, iar tu trebuie să efectuezi 50 de repetări la fiecare dintre ele.

Tabata – dai totul în 20 de secunde

Tabata este un antrenament care derivă din HIIT, dar este mai intens. Presupune un efort maximal sau chiar supramaximal de 20 de secunde, combinat cu 10 secunde de pauză totală. Totul se desfăşoară pe durata a patru minute (în total opt cicluri de 20 de secunde + 10 secunde). Exerciţiile se aleg în funcţie de condiţia fizică a fiecăruia. Este un antrenament care pune accent în principal pe creşterea VO2max (volumului maxim de oxigen pe care corpul îl poate consumă într-un minut). Printre exerciţiile des alese în acest tip de antrenament sunt îndreptările cu bara încărcată la o greutate care să nu permită mai mult de 20 de secunde de efort.

***Alex Marcu** PT Coordinator World Class Romania.*

Menţinerea virilităţii cu Ayurveda

Din cele mai vechi timpuri omenirea a fost procupată de găsirea unor modalități de a spori virilitatea, potența sexuală. S-a ajuns până la a atribui caracteristici afrodisiace aproape oricărui element din natură. Chiar și în ziua de azi sunt specii în pragul extincției datorită unor presupuse efecte afrodisiace pe care ar putea-o avea un anume organ, ca spre exemplu cornul rinocerului sau testicolele tigrului bengalez. În unele societăți primitive, această cautare obsesivă a forței fizice și implicit potența sexuală, a dus până la canibalism.

Virilitatea presupune, pe de o parte capacitatea de a întreține un raport sexual satisfăcător iar pe de altă parte de a procrea prin producerea lichidului seminal (spermă) de calitate și în cantitate suficientă.

Există numeroase tulburări ale sistemului reproductiv masculin: infertilitate, ejacularea prematură, pierderea libidoului și disfuncția erectilă. Aceste tulburări sunt comune și tot mai des întâlnite în societatea contemporană. Cauzele acestor probleme sunt diverse dar, de cele mai multe ori , au la bază modul de viaţă (condiţii de stres de exemplu) sau nutriţia dezechilibrată.

Scăderea libidoului, a dorinţei sexuale, poate duce la lipsa de energie sexuală, debilitate sexuală și incapacitatea de a avea o activitate sexuală normală. Sterilitatea masculină poate fi cauzată de calitatea sau cantitatea scăzută a lichidului seminal. Toate aceste simptome exprimă, în mod clar, faptul că una dintre cele mai puternice energii din corp este epuizată.

Factorii patologici care generează aceste probleme pot fi: probleme ale sistemului vascular cum ar fi ateroscleroza, nivelul colesterolului ridicat, hipertensiunea arterială, boli ale prostatei, etc.

Cauzele psihologice sunt de obicei stresul, surmenajul, anxietatea.

Medicina convenţională modernă, tinde să se concentreze asupra suprimării simptomelor fără a privi problema în ansamblu și de a găsi rădăcina problemei.

Ayurveda vă ajută în ameliorarea acestor probleme complexe utilizând remedii pe bază de plante ayurvedice și acționând asupra modului în care trăim.

Un aspect unic al acestei abordări este faptul că Ayurveda nu este preocupată exclusiv de un remediu rapid pentru tratament, dar se ocupă și cu gestionarea pe termen lung a acestor dezechilibre și înlăturarea factorilor care au dus la disfuncţia respectivă.

Pentru menţinerea și redobândirea vigorii sexuale, AYURMED vă oferă POTENT POWER.

Potent Power este un produs complex, o combinaţie într-o reţetă unică a celor mai bune plante ayurvedice și substanţe minerale care ajută la promovarea spermatogenezei, circulaţiei sanguine, mărirea tonusului organelor reproductive și reglarea funcţiei hormonale.

Potent Power ameliorează disfuncţiile erectile, impotenţa, ejacularea prematură, episoadele de emisie nocturnă și mărirea prostatei.

Plantele folosite sunt culese din zone nepoluate ale Himalayei, acolo unde nu sunt folosite îngrășăminte chimice sau pesticide, ci doar substanţe naturale. În ceea ce privește substanţele minerale folosite, acestea sunt preparate după metode ayurvedice tradiţionale, pentru ca efectul lor să fie mult amplificat.

Potent Power fortifică aparatul sexual masculin, menţinându-l într-o stare optimă de sănătate și îmbunătăţind performanţele sexuale. De asemenea, mărește rezistenţa la stres și elimină tensiunea emoţională. Amplifică virilitatea și imaginaţia erotică permiţând susţinerea unui act sexual prelungit.

www.star-ayurveda.ro

Farmacogenetică, Farmacogenomică și Medicina Personalizată

Conferenţiar
Dr. Angela Butnariu
Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Haţieganu Cluj-Napoca, Cabinet Medical „Butnariu", Cluj

Odată cu progresele în medicina moleculară s-au dezvoltat două noi ramuri științifice medicale și de cercetare înrudite între ele: farmacogenetica și farmacogenomica. Distincția între farmacogenetică și farmacogenomică este uneori arbitrară; nu s-a ajuns încă la o utilizare stabilă a termenilor, astfel încât ei sunt utilizați frecvent interșanjabil (așa cum vom face și noi în cele ce urmează).

Obiectivele celor două domenii sunt parţial diferite; farmacogenetica încearcă să găsească medicamentul potrivit pentru pacientul potrivit într-un cadru clinic, în timp ce farmacogenomica studiază relaţiile dintre genetică și răspunsul la medicamente.

Deși domeniul farmacogeneticii pare nou, începuturile sale se situează în urmă cu o jumătate de secol, când cercetătorii au identificat primele deficienţe enzimatice responsabile de unele reacţii adverse la medicamente și totodată au constatat că ele pot fi moștenite genetic. Termenul de farmacogenetică a fost introdus în 1959 de către Friedrich Vogel din Heidelberg, Germania. În anii 50-60 s-a observat că soldaţii afro-americani care luptau în războiul din Coreea și care primeau medicamente pentru profilaxia malariei, dezvoltau o anemie severă, în timp ce bărbaţii caucazieni tratați în același mod, făceau rareori anemie. Cercetările prilejuite de această observaţie clinică au condus la identificarea unei variante a genei ce codifică glucozo-6-fosfatdehidrogenaza, frecventă la persoanele cu origine africană, dar extrem de rară la caucazieni. Mai târziu s-a constatat că varianta normală a genei codifică enzima glucozo-6-fosfatdehidrogenaza care oferă hematiilor protecţie faţă de anumite produse chimice. Până în prezent au fost identificate numeroase variante enzimatice responsabile de multe reacţii adverse la medicamente. O dată cu dezvoltarea cartografierii genomului uman a fost posibilă identificarea la nivel de secvenţă a genelor ce codifică enzimele în cauză, fapt care a permis studierea corelaţiilor genotip-fenotip și detectarea persoanelor susceptibile de a avea reacţii adverse medicamentoase.

Farmacogenomica ar putea fi considerată o ramură a farmacogeneticii. Este știința care studiază modul în care genomul

uman influenţează răspunsul unei persoane sau a unei populaţii la medicamente şi modalitatea în care genele umane afectează site-urile receptorilor pentru medicamente. Adiţional, farmacogenomica promite reducerea costurilor unor servicii de sănătate.

Apariţia farmacogenomicii a atras după sine dezvoltarea, de către cercetătorii din ţările cu medicină evoluată, a unor produse farmaceutice noi, personalizate. Termenul de medicină personalizată a fost folosit pentru prima dată, în înţelesul pe care îl dăm acum, în urmă cu aproximativ 10 ani. Medicina personalizată implică folosirea tehnicilor de omics (proteomica, metabolomica, transcriptomica) pentru o mai bună înţelegere a bazelor moleculare ale bolilor. Utilizând date genomice şi moleculare conţinute în genotipul pacienţilor individuali şi date colectate pe baza variaţiei genotipice în rândul unei populaţii, se încearcă producerea de medicamente care să asigure un tratament ţintit şi să cauzeze cât mai puţine reacţii adverse medicamentoase.

Medicamentele personalizate ar putea fi prea scumpe pentru a beneficia de ele orice pacient. Utilizarea noii tehnologii poate fi costisitoare şi, astfel, accesibilă doar celor îndeajuns de bogaţi pentru a plăti atât testările genetice cât producerea propriu-zisă a medicamentului cel mai potrivit pentru ei. Persoanelor mai puţin înstărite din lume li se poate refuza accesul la un tratament medical eficient, în ciuda faptului că bunăstarea nu este o diferenţă relevant morală când este vorba de sănătate.

Deci, o problemă etică importantă corelată cu farmacogenomica este reprezentată de riscul de stratificare a pacienţilor, după criterii etnice, rasiale sau socioeconomice. Apare pericolul de a se crea aşa-numitele „populaţii orfane". Populaţiile orfane există deja sub forma unor grupuri care au o boală foarte rară, pentru care companiile farmaceutice sunt puţin stimulate economic să dezvolte tratamente. Populaţii orfane noi ar putea fi create de către farmacogenomică în diferite moduri. În timpul procesului de dezvoltare a medicamentului, unele grupuri pot fi excluse fie pentru că au un genotip „prost" pentru care se dovedeşte mai dificilă dezvoltarea de medicamente, fie pentru că genotipul lor este prea rar pentru a fi atractiv din punct de vedere economic pentru dezvoltarea de tratamente.

Farmacogenomica, ca parte integrantă a medicinei personalizate, este în plină evoluţie şi, paralel cu aceasta, apar probleme etice cărora comunitatea de cercetători trebuie să le găsească răspunsuri.

Schimbarea progresivă de imagine

Mirela Păduraru
Consilier în estetică / Trainer
Cosmetică & Machiaj Profesional
www.mirelapaduraru.ro

Trăim într-o lume în care imaginea contează. Tehnica, metodele și produsele în domeniul estetic și medical au evoluat atât de mult încat se obțin rezultate uluitoare. Și totuși, în această goană după imagine, care este limita unde frumusețea se îmbină armonios cu sănatatea și rezultatul estetic nu are efecte secundare în timp?

Dacă într-o clinică, un spa sau un salon de înfrumuseţare cu dotare de ultimă generaţie, pacientul ar consimţi să experimenteze o schimbare progresivă de imagine, atunci am avea o îmbunătaţire generală a aspectului fizic, gradual, în timp, fară efecte secundare. O schimbare progresivă de imagine corect efectuată este atunci când beneficiarul primește în mod constant complimentele și aprecierea celor din jur, fără să fie sesizate concret schimbările.

Mă veţi întreba cine este în măsura să consilieze cum trebuie să se desfășoare această schimbare, care sunt etapele și cine poate prognoza rezultate mulţumitoare: consilierul în estetică. Acest specialist de nișă are pregatirea necesară, tactul și diplomaţia de a stabili cu clientul un plan de schimbare progresivă de imagine, în funcţie de anumiţi factori, cum ar fi: profesia beneficiarului, agenda de evenimente, gradul de mediatizare, vârsă, sex, starea de sănatate, tip caracter, timpul acordat, buget, anturaj și alte detalii semnificative pentru acesta. O ședinţă de consiliere estetică poate oferi clientului sau pacientului soluţii personalizate de natură estetico – medicală, care conduc spre rezultate spectaculoase. Cele mai bune rezultate și cele mai durabile se obţin atunci când specialiștii din estetică și medicină lucrează în echipă.

Există persoane care își doresc o rezolvare imediată a problemelor, nu doresc să aștepte, își asumă faptul că cei din jur vor observa imediat intervenţiile de natură chirurgicală și chiar se mândresc cu asta. Aceste persoane trebuie orientate căre medic, dar trebuie subliniată importanţa menţinerii sănătăţii pielii. O blefaroplastie, urmată ulterior de injecţii cu toxină botulinică și umplere de riduri cu acid hialuronic, poate fi cu succes completată de tratamente speciale contur de ochi, pentru hidratare, vitaminizare sau fermitate, după caz.

În schimb, în ultimul timp, există o nevoie tot mai mare de „naturaleţe studiată". Este un număr din ce în ce mai mare de persoane care își doresc o îmbunătăţire a imaginii, fără durere, disconfort, contraindicaţii și efecte secundare. Cum poţi face

o simulare a rezultatelor care se pot obţine fără nici o intervenţie chirurgicală? Prin proceduri de natură estetică precum „designul sprâncenelor", o şedinţă de rejuvenare facială şi umplere non injectabilă a ridurilor cu acid hialuronic, folosind un aparat cu oxigen hiperbaric, din domeniul paramedical, dar şi un machiaj executat impecabil.

În Romania acest serviciu de consiliere estetică există cu adevărat doar în câteva locaţii de prestigiu iar „simularea" rezultatului final poate aduce beneficii majore atât clientului, cât şi clinicii / spa-ului, prin faptul că acel client va fi convins de rezultat, va fi motivat să îl obţină şi va fi consiliat cum să-l menţină.

În imaginea de faţă am avut o clientă care avea o dorinţă secretă: să fie măcar o dată în viaţă fotomodel. În acelaşi timp, psihologic, nu se simţea pregatită pentru o schimbare radicală de look şi nu ştia exact ce îşi doreşte. M-a întrebat cât de departe pot merge cu îmbunătăţirile de natură estetică, fără să apleleze la intervenţii chirurgicale şi dacă este posibil să aibă rezultate astfel. I-am propus în cadrul unei şedinţe de consiliere estetică să facem un mic experiment de frumuseţe.

Am început cu designul sprâncenelor şi am continuat cu o şedinţă de rejuvenare facială Intraceuticals – aparatul cu oxigen hiperbaric folosit de Madonna, Naomi Campbell şi alte vedete Hollywood. Am finalizat sedinţa cu un machiaj care să-i respecte toate cerinţele: uniformizarea aspectului tenului, corectarea trăsăturilor, ridicarea optică a pleoapelor şi mărirea buzelor. Acest gen de machiaj este recomandat ca machiaj de ocazie, fiind mult prea elaborat pentru a fi purtat ca machiaj de zi.

Ca şi strategie pe termen lung într-o schimbare progresivă de imagine, primul pas ar fi îmbunătăţirea aspectului pielii. În cazul de faţă este reprezentat de tratamentul cu oxigen hiperbaric în cură şoc de 6 săptămâni consecutiv, completat de o schemă de îngrijire personalizată pentru acasă. Această cură conduce în mod natural şi vizibil spre umplerea ridurilor din interior, atenuarea cearcănelor, mărirea buzelor, luminozitate şi un tonus bun al pielii.

Al doilea pas este designul sprâncenelor şi consilierea menţinerii formei, care implică vizita la esteticiană cel puţin o dată pe lună (cand este indicat să se efectueze şi tratamentul cosmetic lunar de întreţinere).

Pe această bază: ten sănătos şi sprâncene armonioase se poate construi temeinic, printr-o colaborare cu un medic stomatolog bun – pentru o dantură impecabilă, un hairstilist care poate aduce îmbunătăţiri majore aspectului părului, un nutriţionist dar şi cu un stilist care poate consilia clienta pentru alegeri vestimentare corecte. Desigur că, dacă clienta doreşte, se poate continua şi cu „îmbunătăţiri" de ordin medical.

Din experienţă, pentru o perioadă de 3-5 ani clienta este foarte satisfacută de rezultatele obţinute, devenind fidelă clinicii, spa-ului, salonului sau specialiştilor care au contribuit la îmbunătăţirea imaginii ei.

Concluzionând, schimbarea progresivă de imagine este un proces care aduce clienţilor maximum de beneficii, cu minim de riscuri. Simularea rezultatului final poate fi o ocazie excelentă de a experimenta un concept inedit pe piaţa românească şi a valorifica la maxim, în mod non invaziv, potenţialul natural al clientei (sau al clientului).

***Schimbarea din imagine este 100% reală iar machiajul nu a fost prelucrat în photoshop**

Cu „domnul Goe” la psihiatru

Într-o zi, în jurul prânzului, când agitația de la ușa cabinetului se mai potolise, se aude deodată zarvă mare pe coridor, de parcă ar urma să se întâmple o catastrofă. Pași mici și repezi se aud venind din capătul holului, cât mai aproape de ușa mea. Până să înțeleg fenomenul, ușa se deschide cu zgomot, se trântește de perete și în cabinet intră Alex, „copilul atomic”.

Transpirat tot, cu bretonul lui blond și creț lipit de fruntea lată și plină de mici picături de apă, cu ochii de un verde ireal care mă privesc complice, suflând de parcă ar veni de la maraton. Vine de la grădiniță, ar trebui să fie obosit, dar nici vorbă de așa ceva. Mă gândesc cu îngrijorare la educatoare lui, dacă o mai țin picioarele să ajungă până acasă. Alex are în jur de cinci ani, este slab ca o răgace, dar cu o energie pe care o invidiez de fiecare dată. Până să mă dezmeticesc, ia la scotocit toate sertarele, să vadă dacă a apărut ceva nou, de la ultima lui vizită și cum nu găsește nimic interesant, se repede pe birou, ia parafa și în mai puțin de treizeci de secunde ștampilează fiecare foaie de pe masă de mai multe ori. Reușesc ușor să recuperez ștampila întinzându-i, la schimb o bomboană , dar deși îi cunosc de mult agilitatea, nu anticipez că telefonul meu de pe masă va fi următoarea lui cucerire. Începe rapid să cerceteze meniul cu o dexteritate pe care mi-o doresc de mult și urmează apoi strategia mea de recuperare a mobilului. Toată povestea nu durează de mai mult de două-trei minute, timp în care reușește și mama băiatului să ajungă la noi. O femeie blândă, trecută de prima tinerețe, cu o răbdare greu de înțeles, care se prăbușește pe scaun epuizată și începe să-și ceară scuze pentru comportamentul copilului. „Nu știu cum să mai procedez, parcă este motorizat, nu mai pot ține pasul cu el, era să-l calce o mașină deoarece s-a smuls din mâna mea la trecerea de pietoni și până să-mi dau seama era deja pe partea cealaltă a drumului. Simt că mi-am pierdut răbdarea și energia, nu mai pot dormi noaptea, iar când face câte o trăsnaie mai mare, izbucnesc în plâns fără să mă mai pot stăpâni”. Auzind că îl critică, Alex se repede la ea și începe să o lovească cu pumnii, să se strâmbe amenințător, să se tăvălească pe jos. „Așa face și în oraș, spune mama, se uită lumea la noi ca la circ si toți mă acuză că nu l-am educat cum trebuie. Oricum, orice l-aș învăța trece prin urechile lui fără să audă. Cât este ziua de mare nu-i stau picioarele, nu are răbdare să stea la masă, se ridică de nenumărate ori să se uite pe geam, să vadă ce este la televizor, trebuie să alerg cu mâncarea după el prin casă și nici în timpul somnului nu este liniștit”.Reușesc să îi distrag atenția cu niște jucării, să pot să-i scriu în liniște rețeta, mă lămuresc despre evoluția lui de la ultima vizită, aflu că nu s-a îmbunătățit mare lucru și îi cresc doza de medicamente. Pleacă cu multe rugăminți, din partea mamei, cu promisiunea că va primi o jucărie și nici nu am timp să mă bucur prea mult de liniștea instalată după plecarea lui, deoarece ușa se deschide din nou la fel ca prima dată și intră același Alex, care își uitase umbrela. Îmi sare în brațe, mă pupă cu zgomot pe obraz și o ia la fugă pe hol lăsând privitorii cu gura căscată.

Ați fi tentați să credeți că Alex este un copil obraznic, răsfățat sau prost crescut. Nici vorbă! Este doar un copil cu ADHD (Tulburare Hiperchinetică cu Deficit de Atenție), care are ca semne principale: foarte multă energie (hiperactivitate), imposibilitatea de a se concentra (deficit atențional),

imposibilitatea de a-și stăpâni pornirile (impulsivitate).

Dacă povestea prezentată vi se pare amuzantă este foarte bine, asta a fost și intenţia mea, de a da o tentă umoristică unei probleme care nu ar trebui privită astfel. În realitate un astfel de copil este greu de tolerat în toate mediile sociale, care vor avea mereu tendinţa de a-l exclude.

Familiile în care există un copil cu ADHD sunt în mare dificultate , mai ales la vârsta începerii școlii. Dacă până pe la 3-4 ani hiperactivitatea copilului poate fi considerată fiziologică, odată cu includerea în colectivitate lucrurile încep să se complice.

ADHD este o tulburare tot mai frecvent întâlnită la copii, în ultimii ani, fără legătură cu educaţia pe care o primește copilul, ci cu" bagajul" de gene moștenite de la părinţi sau bunici. Este drept că educaţia lor este mult mai importantă decât la cei care nu suferă de această problemă de sănătate mentală, în sensul că un copil cu ADHD poate evolua normal, dacă este tratat de mic și crescut într-un mediu familial sănătos, protectiv, armonios sau poate ajunge un delincvent, dacă este, netratat și crescut într-un mediu conflictual, dezinteresat și nestimulativ.

Performanţele lor școlare sunt mult sub posibilităţi datorită concentrării deficitare, a nerăbdării și a plictiselii. Categoria cu mare deficit de atenţie este etichetată chiar ca și retard mintal, sau li se reproșează că sunt visători, că nu-și dau interesul suficient, că sunt prea lenţi etc.

Tratamentul cu medicamente este absolut obligatoriu, deoarece este dovedit ştiinţific faptul că această tulburare are un substrat neurobiologic, iar metodele moderne de investigaţie au arătat că, în creierul copiilor afectaţi, există un deficit de substanţe chimice (neurotransmiţători) și anumite circuite nu funcţionează corect.

Terapia comportamentală este și ea de mare ajutor, alături de medicaţie, dar nu poate rezolva singură problema. Este bine de reţinut acest aspect, în special de cei care se tem de medicamente.

Părinţii trebuie să fie instruiţi și înţelegători, să știe că micuţii lor nu doresc să fie răi, să-i supere, că bătaia nu are nici un rost, că toate criticile nesfârșite nu fac decât să le scadă stima de sine (greu de refăcut ulterior), că procedura de tip „recompensă - pedeapsă" trebuie corect aplicată.

Recompensarea se va face la sfârșitul zilei în care copilul a avut un comportament adecvat (nu înainte!), iar pedeapsa se referă numai la anularea plăcerilor (pe termen scurt), nicidecum la bătaie, cicăleală, ameninţări.

La școală copilul hiperkinetic nu se poate concentra, nu poate sta așezat în bancă în timpul orelor, se fâţâie, este distras de orice stimul din afară, îi deranjează pe ceilalţi, vorbește excesiv, răspunde înainte ca întrebarea să fie terminată, în pauze aleargă, se caţără, este zgomotos, îi agresează pe colegii care nu au răbdare să de joace cu el, este permanent pus pe șotii. Lecţiile pentru acasă sunt un coșmar, pentru el și pentru familie, durează ore întregi și tot nu pot fi terminate la timp.

Partea pozitivă la astfel de patologie este ca la copii cu ADHD „cum le merg picioarele, la fel le merge și mintea" (din păcate mai mult la trăsnăi), iar partea negativă este că ajung mult prea târziu la psihiatru, pierzându-se timp preţios așteptând să crească copilul și să se cumințească, sau după ce a devenit la școală „oaia neagră" și nu va mai putea scăpa de această „etichetă"

Sunt candidaţii ideali la scăderea mediei la purtare, la exmatriculări,la transferul la altă școală; atât cadrele didactice cât și părinţii celorlalţi copii fac presiuni asupra familiei acestora pentru a fi mutaţi în școlile speciale.

Domnul Goe din schiţa lui Caragiale este un exemplu de copil cu ADHD crescut într-un mediu hiperprotectiv, permisiv, fără nici un fel de reguli și cu o familie care îi încurajează comportamentul inadecvat. Singura parte pozitivă este că „marinerul" stă foarte bine cu stima de sine, situaţie foarte rar întâlnită printre hiperchinetici care sunt veșnic certaţi și marginalizaţi. Faptul că acest personaj celebru a existat, în urmă cu câteva decenii, ne demonstrează ca ADHD nu este o „invenţie" a societăţii moderne, mediatizată cu scopul de a umple buzunarele companiilor farmaceutice. Tulburarea este descrisă de cel puţin un secol dar, copiii respectivi erau încadraţi în altă patologie. Numărul mare de cazuri din ultimii 20 de ani se datorează conștientizării fenomenului, mediatizării și metodelor superioare de investigaţii.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburarea afectivă bipolară

Psihoterapia cognitiv - comportamentală este o formă de psihoterapie, ce se bazează pe studii de eficacitate controlată. În ce privește tulburarea afectivă bipolară, dar și alte tulburări, trebuie spus că există programe testate înainte de a fi lansate pe piață. Diagnosticului psihiatric îi urmează un examen comportamental, apoi se începe psihoterapia.

Principalele deziderate ale terapiei cognitiv-comportamentale sunt:

1. Să informeze pacienţii şi aparţinătorii acestora despre tulburarea bipolară, abordările terapeutice şi dificultăţile ce apar în cazul bolii.
2. Să înveţe pacienţii o metodă de monitorizare a apariţiei, severităţii şi evoluţiei simptoamelor depresive şi maniacale.
3. Să faciliteze complianţa la tratamentul medicamentos.
4. Să asigure strategii nonfarmacologice, respectiv modele cognitive şi comportamentale pentru depăşirea problemelor cognitive, afective şi comportamentale asociate cu simptoamele depresive sau maniacale.
5. Să înveţe pacienţii să identifice stresorii ce pot interfera cu tratamentul sau pot precipita apariţia unui nou episod al bolii bipolare.

Beneficiind de psihoterapie cognitiv - comportamentală, persoana cu tulburare afectivă bipolară va ştii să recunoască un episod de manie înainte ca acesta să ia amploare şi să-şi modifice comportamentul în timpul unui astfel de episod; de asemeni, această persoană va ştii să se apere de depresie, dezvoltând comportamente şi gânduri eficiente pentru a ţine departe dispoziţia negativă.

Tehnica terapeutică des folosită, care ajută pacientul să recunoască un episod patologic, se realizează cu ajutorul jurnalelor şi graficelor, care sunt utile pentru evidenţierea inter relaţiilor dintre starea mentală a pacientului şi energia şi activitatea fizică depusă.

Terapia cognitiv-comportamentală

Se bazează pe principiul că sentimentele, gândurile şi acţiunile sunt interdependente, respectiv ele se interinfluenţează.

În cadrul terapiei cognitiv-comportamentale, pacienţii sunt învăţaţi să recunoască patternurile afective, cognitive şi comportamentale ce le înrăutăţesc simptoamele. Odată pattern-ul recunoscut, tehnicile cognitiv-comportamentale pot fi folosite pentru „a întrerupe ciclul“ (pentru a demonta cercul vicios) prin modificarea răspunsului cognitiv sau comportamental. De asemenea, pacienţii care înţeleg ce înseamnă tulburarea bipolară, vor putea avea un rol activ în evoluţia bolii şi vor putea lua decizii importante în privinţa tratamentului - (în acest sens, furnizarea de informaţii este o tehnică binevenită; tocmai de aceea terapeutul trebuie să fie bine informat; el trebuie să deţină cunoştinţe atât despre mecanismele de producere a bolii, dar şi despre efectele secundare ale medicamentelor prescrise de medic; desigur, se va spune că aceste cunoştinţe sunt în afara sferei de competenţe a terapeutului- psiholog, dar o psihoterapie eficientă presupune o cunoaştere complexă din partea psihoterapeutului). De aceea, educarea pacientului se face înainte de a fi predate tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale.

Identificarea simptomelor prodromale ale maniei sau depresiei, oferă oportunitatea

unei intervenţii rapide. Educarea, asociată cu monitorizarea simptomatologiei, ajută la identificarea precoce a acestora. Adăugarea intervenţiilor comportamentale şi cognitive, extind capacitatea pacientului de a se opune recăderilor. Simptomatologia prodromală uşoară, poate să nu necesite medicaţie şi să fie controlată doar prin tehnici psihoterapeutice. Complianţa crescută la tratament ajută pacienţii să beneficieze de rezultatele tratamentului medicamentos.

Abordarea îmbunătăţită a problemelor psihosociale, este o altă temă a psihoterapiei-cognitiv-comportamentale; problemele psihosociale reprezintă un factor de stres pentru pacienţii bipolari şi care exacerbează simptomatologia, ajută la prevenirea recăderilor sau apariţia episoadelor maniacale sau depresive. De dată recentă sunt studiile realizate ce implică cinci abordări psihoterapeutice; au fost arătate beneficiile psihoterapiei, ca tratament adiţional la farmacoterapie, în comparaţie cu farmacoterapia simplă, neînsoţită de psihoterapie.

Alte informații de dată recentă

Meyer şi Hautzinger (2000), au prezentat noi date privind psihoterapia în tulburarea afectivă bipolară. Cei doi, citează nouă studii controlate care au fost realizate şi care au arătat că psihoterapia, asociată terapiei farmacologice, este eficientă: Astfel, psihoterapia în trei studii a fost de tipul psihoeducaţie (Clarkin et al. 1998, Van Gent et al. 1988, Honig et al. 1997), în două studii, intervenţie familială (Clarkin et al. 1990, Simoneau et al. 1999), în două studii intervenţia a fost de tipul terapie cognitiv-comportamentală (Cochran 1984, Zaretsky et al. 1999), într-un studiu - terapie interpersonală şi terapie socială (Frank et al. 1999), iar într-un studiu - terapie de cuplu-psihodinamică.

Un beneficiu al terapiei cognitiv- comportamentale este mărirea eficienţei tratamentului medicamentos prin: ajutarea pacienţilor să accepte tratamentul, să identifice simptomele subsindromale şi, de asemeni, se pot preveni recurenţele sau se poate limita durata noilor episoade, familiarizând pacienţii cu tehnici de combatere a simptomelor subsindromale, şi cu tehnici de combatere a stresorilor sociali şi interpersonali, ce ar putea declanşa noi episoade. Câteva date preliminare sugerează că terapia cognitiv-comportamentală îmbunătăţeşte complianţa la tratament în tulburarea bipolară. Astfel, Cochran (1984) arată că, pacienţii cu tulburare bipolară care au beneficiat de terapie cognitivă timp de 6 săptămâni, au avut mult mai puţine probleme cu complianţa la tratament, cu întreruperea tratamentului cu litiu împotriva sfatului medical, precum şi spitalizări mai puţine, decât lotul martor. Deşi aceasta a fost o intervenţie pe timp scurt, iar rezultatele au fost urmărite doar 3-6 luni, Cochran (tot în 1984) a găsit destule dovezi ale utilităţii terapiei cognitiv-comportamentale individuale în creşterea complianţei la tratament. Zaretsky et al. (1999) au investigat efectele terapiei cognitiv-comportamentale în depresia unipolară versus depresia bipolară. Aceştia au ajuns la concluzia că simptomatologia depresivă la pacienţii bipolari,

poate fi redusă de terapia cognitiv-comportamentală, deşi cogniţiile negative au putut fi mai puţin modificate decât în cazul pacienţilor unipolari.

Terapia cognitiv-comportamentală nu a fost testată în cazul simptomelor ce preced mania. Apariţia depresiei sau maniei modifică afectivitatea pacienţilor (tristeţe, iritabilitate), gândirea (îngrijorare, grandoare, autocritică), şi, de asemeni, poate produce modificări ale somnului, apetitului, energiei. Aceste modificări determină rapid schimbări ale comportamentului, cum ar fi creşterea sau diminuarea activităţii, productivităţii sau interacţiunii sociale. Aceste modificări ale comportamentului deseori interferă cu funcţionarea psihosocială. Problemele ce apar, financiare sau interpersonale, pot fi cauzatoare de stress chiar după ce episodul începe să se şteargă. Aceste problemele psihosociale produc simptome, cum ar fi insomnia sau modificări ale emotivităţii. Aceste simptome pot prelungi episoadele sau pot face pacientul bipolar vulnerabil la recăderi.

În consecinţă, terapia cognitiv-comportamentală poate ajuta în toate fazele. Cum? Poate întări complianţa la tratament, atât în faza acută, cât şi în faza de întreţinere, şi poate să ofere strategii nonfarmacologice pentru combaterea simptomelor. Tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale, pot reduce cogniţiile disfuncţionale şi emoţiile asociate ce duc la modificări maladaptative ale comportamentului. Dacă modificările comportamentului s-au produs, tehnicile cognitiv-comportamentale pot fi utilizate pentru creşterea activităţii, când letargia şi stagnarea din depresie împiedică pacientul să-şi facă programul zilnic, să-şi îndeplinească obligaţiile sociale sau familiale. Dacă ne punem întrebarea cum ajută terapia cognitiv - comportamentală, putem răspunde că terapia cognitiv-comportamentală ajută la învăţarea de tehnici de coping la simptomele şi consecinţele tulburării bipolare. Această formă de psihoterapie, îşi asumă faptul că nu toate problemele vor fi soluţionate în cadrul şedinţelor de terapie (se dau şi teme pentru acasă- homework). În loc de aceasta, prezentarea problemelor este folosită pentru uşurarea predării tehnicilor de psihoterapie (deci pacientul învaţă). Aceasta creşte abilitatea pacientului de a face faţă simptomelor şi problemelor ivite între două şedinţe.

Deoarece la începutul subcapitolului am vorbit despre programe de psihoterapie cognitiv- comportamentale pretestate, în următorul tabel, este redat un exemplu de program de psihoterapie, pentru pacienţii cu tulburare afectivă bipolară:

- Acest program, al lui Basco si Rush (1996) este un sistem de terapie ce intenţionează să completeze şi să îmbunătăţească rezultatele psihofarmacologiei şi acordă atenţie: 1) monitorizării proprii a simptomelor, 2) îmbunătăţirii complianţei la tratament, 3) rezolvării problemelor şi 4) aplicării strategiilor cognitive şi comportamentale în abordarea simptomelor depresive si hipomaniacale. Pachetul terapiei cognitiv-comportamentale pentru tulburarea bipolară cuprinde o perioadă de peste 12 luni cu şedinţe săptămânale.
- Alt program, al lui Meyer si Hautzinger (2000), cuprinde 20 de şedinţe în peste 9 luni. El conţine elemente psihoeducative, dar şi elemente clasice ale tratamentului depresiei, precum identificarea simptomelor prodromale şi a complianţei.
- Hirshfield-Becker et al. (1999) a prezentat date ale unui studiu ce a durat 11 săptămâni, făcând comparaţie între 15 pacienţi care au beneficiat de terapia cognitiv-comportamentală şi 15 care nu au beneficiat de aceasta. În grupul care a beneficiat de această terapie, au fost mult mai puţine recăderi!
- Tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale pentru restructurarea cognitivă, pot reduce cogniţiile disfuncţionale şi emoţiile asociate ce pot duce la modificări maladaptative ale comportamentului. Studii ulterioare sunt necesare pentru investigarea efectelor terapiei în profilaxie, dar şi în depresia acută bipolară, comparată cu efectele cunoscute în depresia unipolară.

Kablan Hilda, psiholog -psihoterapeut *cabinet de psihologie şi psihoterapie Kablan Hilda, Constanţa, str. Bucureşti, nr. 21, telefon 0726442975)*

SRATI 2014

14-18 MAI

Centrul Internaţional de Conferinţe, Sinaia, România

AL 40-LEA CONGRES AL SOCIETĂŢII ROMÂNE DE ANESTEZIE ŞI TERAPIE INTENSIVĂ

AL 8-LEA CONGRES ROMÂNO-FRANCEZ DE ANESTEZIE ŞI TERAPIE INTENSIVĂ

AL 6-LEA SIMPOZION ROMÂNO-ISRAELIAN DE ACTUALITĂŢI ÎN ANESTEZIE ŞI TERAPIE INTENSIVĂ

AL 13-LEA CONGRES AL ASISTENŢILOR DE ANESTEZIE ŞI TERAPIE INTENSIVĂ

SIMPOZIONUL "ROMÂNIA DODOLOAŢĂ" AL SOCIETĂŢILOR DE ANESTEZIE ŞI TERAPIE INTENSIVĂ DIN ROMÂNIA ŞI MOLDOVA

Organizatori

Partener

Manifestări însoţite de expoziţia medicală specializată

ati medica, ediţia a 13-a

www.sraticongres.ro

Management Congres

RALCOM EXHIBITIONS srl
Tel.: +40 21 210 58 14, +40 21 210 65 40
Fax: +40 21 212 27 02 • www.ralcom.ro

Sponsor

Dräger

IATDMCT REGIONAL MEETING

21st Romanian Congress of Laboratory Medicine

"Good Science, Better Medicine, Best Practice"

www.iatdmct.ro

Congress Management:

RALCOM. Since 1993

Ralcom Exhibitions srl
20A, Răspântiilor St., 020548, Bucharest - 2, Romania
Phone: +40 21 210 58 14, 212 27 02, 210 65 40;
Fax: +40 21 212 27 02

Organizers:

International Association of Therapeutic Drug Monitoring and Clinical Toxicology

RSLM
Romanian Society of Laboratory Medicine