178

săptămâna MEDICALĂ

ANUL X ▪ NR. 178 ▪ Iunie 2014

Cum să ne îmbunătăţim protecţia solară

pag. 9

Interviu: Prof. dr. Ovidiu Băjenaru, medic primar neurolog

- pag. 4

8 sfaturi pentru a reduce simptomele alergiilor 4

Ce sunt spasmele faciale? 13

Despre noi... 18

Metabolomica 31

Pag 24

Pag 26

CNFR 2014

Congresul Național de Farmacie din România, ediția a XV-a

Viziune și inovație în practica farmaceutică Orizont 2020

24-27 septembrie 2014
Complex Palas, Iași

Organizatori

Societatea de Științe Farmaceutice din România

Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa", Iași

Sub egida

Colegiului Farmaciștilor din România

Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale

Ministerului Educației Naționale

Ministerului Sănătății

Federației Europene pentru Științe Farmaceutice

Academiei de Științe Medicale

congresfarmacie2014.ro

Management Congres

RALCOM Since 1993 20 years of passion and innovation for events

Ralcom Exhibitions srl - Divizia Ralcom Medical
Tel. : +40 21 210 58 14, +40 210 65 40
Fax: +40 21 212 27 02
www.ralcom.ro

Trenurile care sosesc la timp nu interesează!

Când un câine mușcă un bancher nu este vorba despre o informație. Dacă un bancher mușcă un câine, atunci da! Un eveniment demn de a fi relatat în ziar se caracterizează, întâi de toate, prin „anormalitatea” sa. Se spune de asemenea: ”Trenurile care sosesc la timp nu interesează pe nimeni, nu constituie o informație. Dacă, în schimb, se petrece un accident sau mersul trenurilor este dereglat de o grevă, da, avem o știre!”

Am citat dintr-un manual oarecare de jurnalism.

Tot așa se întâmplă și când este vorba despre relatarea unor evenimente din medicină. S-a scris și s-a vorbit mult despre cazul „Spitalul de arși” sau despre cazul „Maternitatea Giulești”. Au fost evenimente care au ținut prim-planul massmedia, fiecare la vremea respectivă, prin amploarea cu totul „anormală” a cazurilor de neglijență în serviciu și respectiv de fradă, întâmplate în cele două spitale, față de multe altele similare, dar mai mici, care devin banale prin repetiție și lipsă de „grandoare”.

Tot din considerente de lipsă a elementelor de anormalitate, niciodată nu se va scrie despre mici fapte medicale pozitive. Nu mai este o știre de senzație dacă la un spital, 11 pacienți au fost supuși unei operații de cistectomie radicală prin tehnică robotică minim invazivă, devenită standard terapeutic, intervenții la care timpul mediu operator a fost redus la 6,5 ore și pierderea medie de sânge a fost de numai 378 ml.

Sau, un alt lot, tot de 11 pacienți, la care s-a realizat nefrectomie laparoscopică : 5 cazuri cu rinichi distrus morfofuncțional (patologie benignă) și 6 cazuri cu tumori renale maligne (pT1).

Nu este nimic spectaculos în faptul că, într-una din operații a fost necesară convertirea, din cauza unei sangerări importante a unei artere renale accesorii, iar în alte 2 cazuri s-a inregistrat o hemoragie semnificativă din hilul renal, care a putut fi controlată laparoscopic. Și a mai fost o perforație a colonului ascendent rezolvată laparoscopic, în rest totul a avut un final fericit.

Călin Mărcușanu

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Conectomica – prioritate în neurologie 4

Tratamentul sclerozei multiple recurent remisive 6

8 sfaturi pentru a reduce simptomele alergiilor 8

Cum să ne îmbunătățim protecția solară 9

Prostata. O bombă cu ceas pentru bărbații de peste 40 de ani 10

Ce sunt spasmele faciale? 13

Reacții adverse ale colirurilor 14

Mezo-Zeaxantina: Combaterea Degenerescenței Maculare și Creșterea Performanței Vizuale 16

Despre noi 18

Grădinița de coșmar 20

Cum să ne protejăm copiii de bolile parazitare . . 22

Managementul neuropatiei diabetice 24

Viața văzută prin ochii unui „supergreu” 26

Situația actuală a endemiei tuberculozei în România 28

Cluster headache- tratament acut și profilaxie . . 30

Metabolomica – o nouă frontieră atinsă în uro-oncologie 31

Infecțiile în secțiile de terapie intensivă – un risc în plus pentru pacientul critic 32

Tinerețe fără bătrânețe! Ashwagandha Rasayan Tab, tonic și stimulent general 34

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

Neuro-reabilitarea merită

Interviu cu Prof. dr. Ovidiu Băjenaru

Prof. dr. Ovidiu Băjenaru, medic primar neurolog, Preşedinte de Onoare al Societăţii de Neurologie din România, şeful Clinicii de Neurologie, Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti

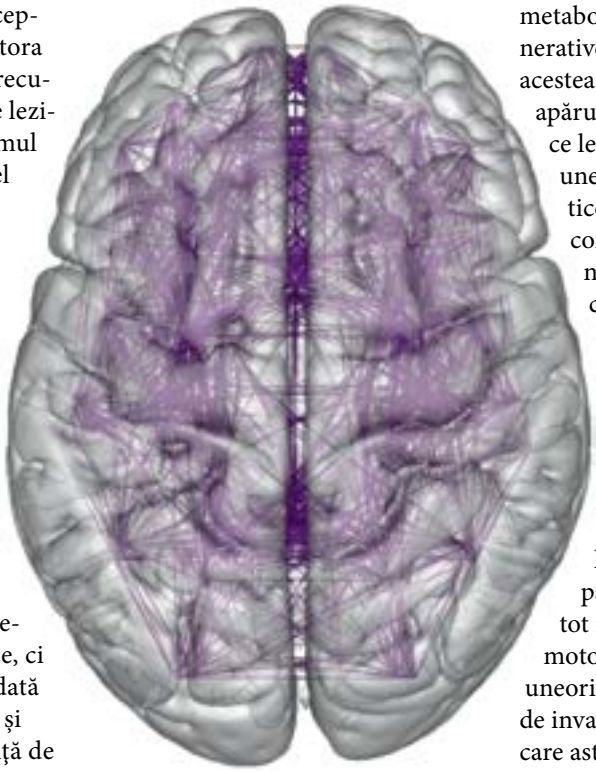
***Prof. Dr. Ovidiu Băjenaru**, medic primar neurolog, Preşedinte de Onoare al Societăţii de Neurologie din România, şeful Clinicii de Neurologie, Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti*

Care sunt noutăţile pe care le-a adus Congresul Societăţii de Neurologie din România, desfăşurat recent la Bucureşti?

Am avut două subiecte mai particulare, de obicei neabordate în congresele naţionale, dar care credeam că trebuie aduse în faţa colegilor noştri. Este vorba despre neuro-reabilitare, bolile rare neurologice şi un subiect oarecum mai clasic, epilepsia. Pentru că în cazul epilepsiei sunt foarte multe noutăţi, am decis că merită să reluăm la nivel de congres naţional discuţia asupra acestui subiect – fiind vorba despre un grup de boli cu mare impact asupra sănătăţii generale a populaţiei şi în care s-au făcut unele progrese în ultima vreme, atât în cunoaşterea mecanismelor intime ale bolii, cât şi sub aspect terapeutic. Bolile rare, deşi sunt rare, sunt importante, pentru că cel puţin o cincime dintre bolile rare în lume sunt boli neurologice. Sunt rare, dar de obicei sunt severe şi provoacă o invaliditate mare. În ultimele decenii s-au făcut progrese foarte mari în cunoaşterea multora dintre aceste boli, iar pentru unele dintre ele au început chiar să apară soluţii şi speranţe terapeutice, care trebuie aduse la cunoştinţa neurologilor. Fiind boli rare, de obicei nu sunt întâlnite în practica curentă însă trebuie cunoscute, pentru că atunci când nu vezi oameni care suferă de o anumită afecţiune, rişti ca în propria ta judecată să ignori un astfel de diagnostic şi, când întâlneşti un astfel de pacient, să nu recunoşti despre ce boală este vorba. La nivelul conducerii societăţii am considerat că este nevoie să reîmprospătăm şi să actualizăm cunoştinţele în privinţa bolilor rare neurologice. Nu am avut cum să abordăm toate bolile rare, dar le-am prezentat pe cele în care s-au făcut unele progrese în cunoaşterea lor şi, mai ales, în terapia lor. Al treilea subiect este de mare importanţă, nemaifiind vorba de o situaţie rară, ci de una extrem de frecventă, dar din păcate deficitară în ţara noastră nu din cauza neurologilor, ci a sistemului de organizare medicală pe care l-am moştenit de decenii: cel al neuro-reabilitării. Este un domeniu în care progresele în ultimii douăzeci-treizeci de ani au fost enorme, pentru că în spatele lor se află descoperiri de-a dreptul spectaculoase privitoare la modul în care funcţionează sistemul nostru nervos – în

un statut aparte

primul rând cel central, dar și periferic. Cunoștințele din domeniul neuro-științelor, prin translația lor la nivel clinic, au făcut să se dezvolte extraordinar de mult înțelegerea conceptelor și aplicarea acestora privind aspectele de recuperare după diversele leziuni care apar în sistemul nervos, mai ales în cel central – în cel periferic multe erau deja cunoscute – și care paralel cu evoluția tehnologică au dus la dezvoltarea unui domeniu extrem de spectaculos, dar care a devenit și dificil: neuro-reabilitarea. Neuro-reabilitarea presupune nu doar utilizarea empirică a unor proceduri kinetoterapeutice, ci cunoașterea aprofundată a mecanismelor bolii și utilizarea în cunoștință de cauză a posibilităților de neuro-recuperare dirijată. Din păcate, în România, neuro-reabilitarea nu are încă un statut aparte, așa cum ar trebui să aibă, legat mai mult de neurologie și mai puțin de medicina propriu-zisă, de reabilitare medicală generală. Evident că și colegii noștri din fizio-kinetoterapie au rolul lor, dar și ei și noi trebuie să înțelegem că rolul și al unora și al altora este în echipă. Neurologul trebuie să fie componenta principală a echipei de neuro-reabilitare, pentru că ne adresăm unor oameni cu anumite caracteristici patologice, clinice, ale mecanismelor bolii și numai așa putem să facem o recuperare în cunoștință de cauză, dirijată, țintită și personalizată pentru fiecare pacient în parte. Astfel, eficiența va fi maximă.



Dați-ne câteva exemple de boli neurologice rare și spuneți-ne despre incidența lor în România.

Cele mai multe sunt boli genetice. De exemplu, boala Fabry sau boala Pompe, care sunt boli cu aspecte metabolice și neuro-degenerative. Le-am numit pe acestea două, pentru că au apărut și soluții terapeutice legate de identificarea unei patologii genetice și care pot să fie corectate. Mai există niște boli cu care ne confruntăm care, prin incidența lor, intră în categoria bolilor rare, foarte invalidante și care au și ele soluții terapeutice. Mă refer la distoniile musculare, de care ne ocupăm în mod deosebit, tot felul de anomalii motorii, care produc uneori diformități extrem de invalidante și pentru care astăzi începem să avem soluții terapeutice uneori foarte eficiente, atât medicale, cât și chirurgicale. O boală neuro-degenerativă în care s-au făcut foarte multe progrese, deocamdată mai mult în cunoașterea mecanismelor și nu în terapie, este boala Huntington.

Tratamentul sclerozei multiple recurent remisive - (rezumat)

Prof. Dr. Mihaela Simu,
Spitalul Clinic Județean de Urgență, Timișoara

Scleroza multiplă (SM) este o boală cronică inflamatorie demielinizantă și neurodegenerativă cu pierdere a sistemului nervos central.

Deși boala poate apărea la orice vârstă, în forma cu recăderi - cea mai frecventă - vârsta medie de debut este între 29 și 32 de ani. Aproximativ 5% din cazuri pot apărea înainte de 18 ani. Forma primar progresivă (mai puțin întâlnită) debutează între 35 și 39 de ani.

Simptomele clinice sugestive pentru debutul SM sunt: deficit motor (slăbiciunea musculară) la nivelul extremităților, tulburări de sensibilitate, scăderea acuității vizuale, cu începoșarea vederii, sau chiar amauroză (pierderea totală a vederii), din cauza nevritei optice. La cei mai mulți dintre pacienți, simptomatologia apare în plină sănătate aparentă. Anumiți factori, ca infecțiile intercurente (din timpul altei boli), traumatisme, stres, sarcină, par să favorizeze debutul bolii.

Debutul bolii poate fi brutal, cu evoluție rapidă a dizabilității, sau poate fi exprimat printr-o simptomatologie ușoară, care să nu necesite îngrijiri medicale deosebite.

În forma comun întâlnită de SM Recurent-Remisivă (SMRR), pacientul prezintă, de-a lungul evoluției bolii, episoade de recurențe sau pusee, caracterizate prin simptome noi și/sau acutizarea celor vechi cu durată de minim 24 de ore, între pusee existând perioade de remisiune, cvasitotală sau parțială, a deficitelor dobândite în timpul recurențelor. Un puseu poate dura maxim 6 săptămâni și se remite lent sau progresiv, spontan sau sub tratament antiinflamator cu corticosteroizi.

În evaluarea dizabilității, cel mai utilizat este scorul EDSS – Expanded Disability Status Scale, pe o scală de la 0 la 10 (se punctează elemente ale examenului neurologic), unde 0 reprezintă nivelul normal clinic neurologic iar 10 deces prin SM. Din punct de vedere al evoluției dizabilității, se descriu 2 faze: faza 1- până la EDSS 3 (la care pacientul este încă pe deplin autonom ambulator), dependentă de nivelul de inflamație focală, și cu o durată variabilă de până la 15 ani; faza 2 - peste EDSS 3 (în care gradul de autonomie se reduce dramatic la 100 de metri deplasare cu sprijin) este mult mai rapidă, cu o durată mediană de 5 ani. De aceea, menținerea pacientului la un EDSS < 3 poate constitui un obiectiv terapeutic.

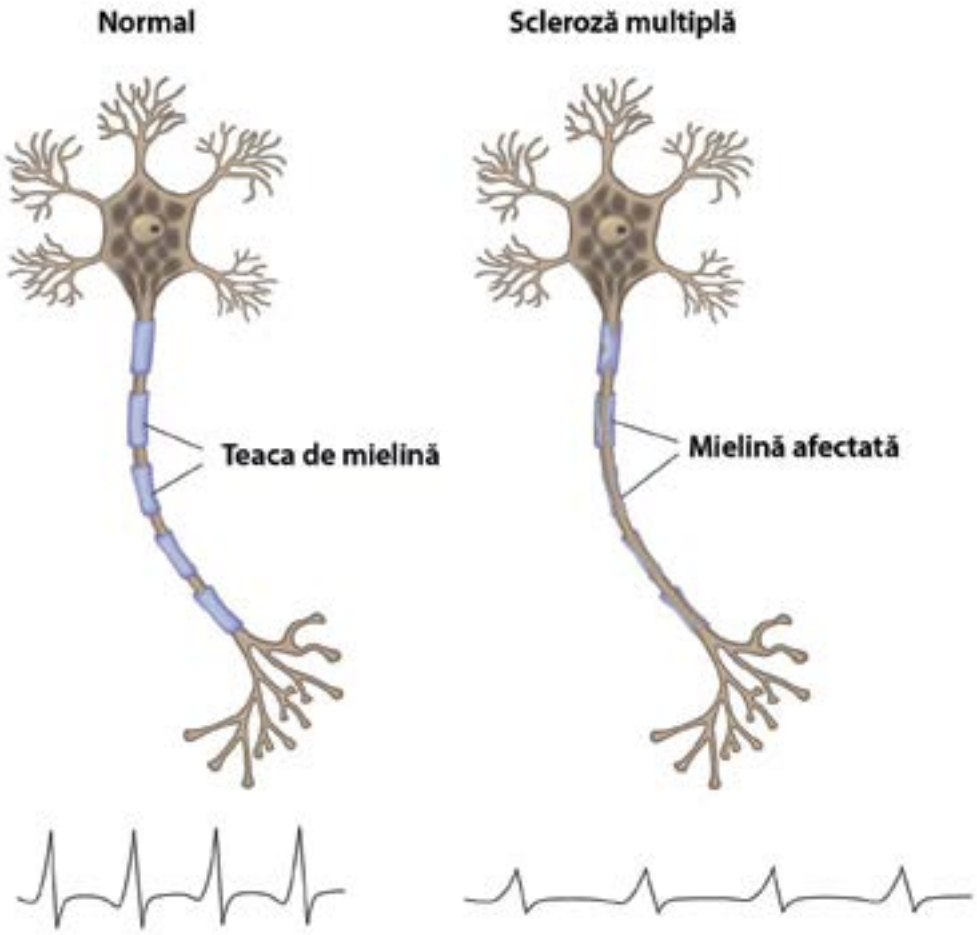
Odată stabilit diagnosticul cert de SM, forma clinică evolutivă și severitatea afectării, tratamentul trebuie inițiat cât mai curând. În SMRR forma foarte activă cu evoluție rapidă, pentru care există criterii de definire, este cu atât mai importantă instituirea precoce a unui

tratament agresiv, astfel încât să se prevină acumularea dizabilității cu impact semnificativ asupra calității vieții pacientului.

Este în derulare un program amplu observațional al pacienților aflați în tratament cu natalizumab (TOP), care se desfășoară în Europa, Australia, Canada și Argentina, și în care au fost recrutați pacienți cu SMRR începând cu iulie 2007. La 1 mai 2013, în acest program erau înrolați 5122 pacienți din 16 țări. Marea majoritate a pacienților a prezentat la înrolare> 1 recidivă în anul anterior (65%), a avut scoruri EDSS ≥ 3, 0 (63%) și a fost sub tratament anterior (91%).

Amploarea răspunsului a fost similară în toate populațiile. Aproximativ jumătate din pacienții care au rămas în studiu pentru o perioadă de minim 2 - 4 ani nu au prezentat activitate a bolii, definită ca absența puseelor și/sau fără progresie EDSS confirmată la 24 săptămâni.

Scleroza multiplă reprezintă o afecţiune cu potenţial dizabilitant semnificativ fiind considerată cea mai frecventă cauză non-traumatică de invaliditate a adultului tânăr. De aceea, cercetările intense care se desfășoară în acest domeniu urmăresc atingerea unor obiective terapeutice din ce în ce mai ambițioase, care au evoluat de la încetinirea progresiei bolii, până la lipsa totală de activitate a bolii – clinic și radiologic, următorul pas fiind obținerea remielinizării.



8 sfaturi pentru a reduce simptomele alergiilor

Suntem în plin sezon al alergiilor, sezon care pentru "norocoșii" cu alergii multiple se întinde pe parcursul întregului an. Dincolo de disconfortul major (nas înfundat, ochi roșii, mâncărimi, oboseală), alergiile, în special atunci când sunt netratate, pot să ducă la probleme mult mai grave și chiar să ne pună viața în pericol. În continuare vă oferim o serie de sfaturi pentru a preveni alergiile, pentru a le trata sau a le reduce efectele.

Păstrează-ți nasul și sinusurile curate

Folosește un irigator nazal cu soluție salină care ajută la eliminarea alergenilor de pe mucoasa nazală și la curățarea secrețiilor acumulate. Clătirea cu o soluție de acest gen are și un efect antiinflamator și decongestionant.

Folosește o mască în zonele cu mult polen/praf

Dacă ai de lucru în grădină, printre numeroase plante la care ești alergic sau dacă trebuie să cureți suprafețe cu praf în exces, folosește o mască specială capabilă să filtreze alergenii. Măștile, cum sunt cele cu filtru de particule N95, au o eficiență de filtrare foarte ridicată (95%).

Începe medicația din timp

Eficacitatea medicamentelor folosite în cazul alergiilor, în special a antihistaminicelor, este mai redusă atunci când acestea sunt luate prea târziu, în momentul în care simptomele s-au instalat deja în forță. Dacă suferi de alergii de mai mulți ani încearcă să reții perioada în care încep simptomele și ia-ți medicamentele cu cel puțin o săptămână înainte de aceasta. Vei evita astfel numeroase neplăceri.

Evită stresul

Stresul este recunoscut ca și un factor care agravează majoritatea afecțiunilor cronice. Conform ultimelor studii, nivelul crescut de cortizol generat de stres accentuează reacția alergică și cauzează simptome mult mai puternice. Încearcă activități care te relaxează și echilibrează răspunsul sistemului imunitar.

Spală-ți mai des părul și hainele

Polenul și praful din aer rămân cu ușurință captive în părul sau hainele tale, păstrând în apropiere o sursă care îți alimentează alergiile. Spală-ți părul după activități care te pun în contact cu mult praf, cum ar fi curățarea sacului aspiratorului sau după o plimbare prin zone cu polen din plin.

Alege așternuturi și perne antialergice

Chiar dacă nu ești alergic la pene, este important să folosești perne, plapume și așternuturi antialergice, pentru a ține la distanță acarienii, micile creaturi care ne colonizează casele și se hrănesc cu resturi de piele. Aceștia pot provoca și agrava alergiile și astmul.

Reamenajează-ți casa

Elimină covoarele groase, care sunt un adevarat magnet pentru praf și acarieni și alege podele din lemn, linoleu sau gresie. Draperiile groase pot fi înlocuite cu jaluzele de plastic, ce trebuie curățate periodic, iar cărțile vechi din bibliotecă și bibelourile pot fi protejate cu uși sau vitrine pentru a ține praful la distanță.

Elimină mucegaiul

Dacă ai reușit să te ferești de majoritatea alergenilor, dar suferi în continuare de simptome atunci când ești în casă, s-ar putea să ai o problemă cu mucegaiul. Acesta se dezvoltă de regulă în zonele mai umede cum este baia și poate fi eliminat cu ajutorul soluțiilor pe bază de clor. Căutați pete gri sau decolorate între gresie sau pe pereți. S-ar putea să aveți nevoie de ajutorul unui expert în cazul în care mucegaiul s-a dezvoltat în pereți sau în alte zone greu accesibile.

Crina Ardelean,
Farmacist Diriginte Farmacia 3
www.farmacia3.ro

Cum să ne îmbunătăţim protecţia solară

Produsele de protecție solară sunt indispensabile pe perioada verii, însă adesea acestea trebuie completate de alte măsuri pentru a preveni eficient afecțiunile cu adevărat grave, cum ar fi melanomul (cancerul de piele).

Soarele verii este atât un prieten cât și o provocare pentru organism. Ne putem bucura de mai multă mișcare în aer liber iar starea de spirit este la cote ridicate, însă nu trebuie să uităm că expunerea prelungită poate cauza atât probleme pe termen scurt, cum ar fi arsurile solare, cât și boli care ne pun viaţa în pericol.

Melanomul, una dintre cele mai frecvente forme de cancer cutanat, se regăsește în topul amenințărilor grave rezultate din expunerea solară. În ciuda campaniilor din ultimii ani și a numărului tot mai mare de persoane care utilizează creme solare, numărul de cazuri de melanom a crescut constant. Cauzele acestui fenomen nu sunt încă suficient de clare, dar există tot mai multe voci care arată cu degetul spre distrugerea stratului de ozon. Cu cât stratul de ozon este mai subțire cu atât cantitatea de radiaţii UVB care ajunge la noi crește, rezultatul fiind afectarea ADN-ului pielii și a membranelor mucoase și, posibil, cancer, cataractă, etc.

Să vedem însă care sunt factorii de risc pentru melanom și pe care dintre ei îi putem influenţa. Principalii factori de risc sunt: istoricul familial, numărul de aluniţe de pe piele, utilizarea aparatelor de bronzat, tenul deschis, pistruii, arsurile solare grave și expunerea la radiaţii UV.

Avem trei factori de risc pe care îi putem ţine sub control, reducând riscul acestei afecţiuni: utilizarea aparatelor de bronzat , arsurile solare grave și expunerea la radiaţii UV.

Măsuri de prevenţie

Alegeţi o cremă de protecţie solară capabilă să vă protejeze de tot spectrul UV – UVA, UVB și nu lăsaţi totul în seama ei.

Dacă aţi aplicat crema nu înseamnă că trebuie să petreceţi mai mult timp în soare sau să uitaţi de celelalte recomandări. Studiile recente arată că persoanele care folosesc creme solare des, tind să sufere arsuri mai grave decât cele care nu folosesc creme decât uneori dar se protejează cu pălării și îmbrăcăminte. De asemenea, nu trebuie să cădem în capcana falsei siguranţe oferită de o cremă cu o valoare SPF foarte mare. Diferenţa de protecţie între o cremă SPF 50 și una SPF 100 este neglijabilă, iar protecţie totală nu există.

Protejaţi-vă atunci când este posibil cu o pălărie care să apere ochii, fruntea, urechile și ceafa, cu ochelari de soare și haine largi, in culori deschise. Acest lucru este cu atât mai important pentru cei mici. Evitaţi orele cu soare puternic, de regulă între 10 și 16 și folosiţi protecţie chiar și în zilele noroase. Circa 80% din radiaţiile UV pot penetra stratul de nori.

Apelaţi la suplimente, cum ar fi vitamina D, care potrivit anumitor studii poate reduce riscul de cancer de piele. O altă tendinţă care începe să câștige teren este utilizarea unor creme bogate în antioxidanţi. Aceștia pot repara distrugerile ADN-ului, produse de soare. Licopenul, prezent din belșug în roșii, este o altă armă împotriva efectelor negative ale soarelui. Un studiu recent a demonstrat că persoanele care au consumat 5 linguri de pasta de roșii pe zi timp de 3 luni au dat dovada de o protectie sporită a pielii.

Nu în ultimul rând, trebuie să ţinem cont de importanţa monitorizării pielii. Examinaţi-vă pielea, fiţi atenţi la aluniţe noi, cu forme neregulate sau dureroase și încercaţi să apelaţi cel puţin odată pe an la controlul unui medic dermatolog.

Făt Ioana,
asistent de farmacie
Farmacia 3
www.farmacia3.ro

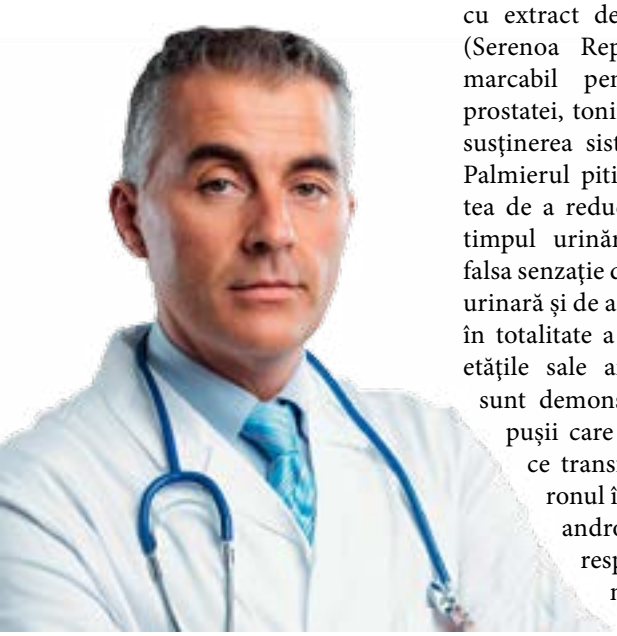
Prostata. O bombă cu ceas pentru bărbaţii de peste 40 de ani

Conform studiilor medicale, după vârsta de 50 de ani aproximativ 1 bărbat din 2 se confruntă cu disfuncții ale prostatei care le afectează semnificativ calitatea vieții, inclusiv performanța lor sexuală. Mulți bărbați minimalizează, ignoră sau ascund simptomele specifice afecțiunilor acestei glande (urinări frecvente sau incomplete, pierderi spontane de urină, disfuncții sexuale) pentru că le consideră consecințe naturale ale înaintării în vârstă.

Astfel, există soluţii de prevenire şi tratament cu rezultate foarte bune.

Extractul de Palmier Pitic şi adenomul de prostată

O afecţiune frecventă a prostatei este hipertrofia benignă. Dezvoltarea unei tumori la nivelul acestei glande îngreunează eliminarea urinei, produce disconfort în timpul micţiunii şi favorizează apariţia infecţiilor urinare din cauza prezenţei reziduului vezical. În urma studiilor efectuate s-a demonstrat că tratamentul pe termen lung cu extract de Palmier pitic (Serenoa Repens) este remarcabil pentru sănătatea prostatei, tonifierea uretrei şi susţinerea sistemului urinar. Palmierul pitic are capacitatea de a reduce durerile din timpul urinărilor frecvente, falsa senzaţie de incontenenţă urinară şi de a stimula golirea în totalitate a vezici. Proprietăţile sale antiinflamatoare sunt demonstrate de compuşii care inhibă enzima ce transformă testosteronul într-un hormon androgen puternic, responsabil cu mărirea prostatei. Mai mult, este chiar şi un veritabil tonic pentru funcţia reproductivă şi o viaţă sexuală activă.



În urma studiului clinic Flux, realizat în România, pe 120 de pacienţi care prezentau diverse forme de adenom de prostată, s-a constatat că volumul mediu al glandei a înregistrat o scădere semnificativă de aproximativ 10%, iar proporţia pacienţilor satisfăcuţi cu statusul lor urinar a crescut dupa 6 luni de la 14% la 88%. Cu cât tratamentul începe mai repede înainte de împlinirea vârstei de 60 de ani, cu atât îmbunătăţirea simptomelor este mai importantă.

Alături de Extractul de Palmier Pitic, în tratarea adenomului de prostată, se foloseşte şi extractul de urzică, cunoscut pentru capacitatea de a alina disconfortul din timpul urinării. Este un diuretic care ajută organismul să elimine acidul uric şi bacteriile ce cauzează infecţii ale tractului urinar.

Suita remediilor naturale pentru prostată poate fi completată de pulberea de dovleac care are efect benefic asupra vezicii urinare şi ameliorează incontenenţa urinară datorită zincului din componenţa ei. Un nivel scăzut de zinc la bărbaţi poate creşte

HERBAGETICA
puterea extractelor

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

Alga AFA – *recomandată pentru regenerarea celulară a prostatei; ajută la refacerea ţesuturilor afectate, inhibarea dezvoltării celulelor canceroase şi prevenirea formării şi extinderii tumorilor.*

Extract de Palmier pitic (Serenoa Repens) - *recomandat pentru sănătatea prostatei, tonifierea uretrei şi susţinerea sistemului urinar.*

Extractul de urzică - *utilizat în tratarea adenomului de prostată; cunoscut pentru capacitatea de a alina disconfortul din timpul urinării.*

Pulberea de dovleac - *are efect benefic asupra vezicii urinare şi ameliorează incontenenţa urinară datorită zincului din componenţa ei.*

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

riscul apariţiei cancerului de prostată şi poate afecta funcţia reproductivă.

Alga AFA şi cancerul de prostată

Alga AFA este cel mai puternic stimulator vegetal de celule stem, având totodată și proprietatea de a susține migrarea acestora acolo unde este nevoie pentru regenerarea celulară a prostatei. Datorită numeroaselor substanţe active din compoziţie, care sunt uşor absorbite de organism, această algă minune este profund benefică pentru tratarea cancerului de prostată, unul dintre cele mai frecvente tipuri de cancer diagnosticate la bărbaţi, după vârsta de 50 de ani. Regenerarea celulară a prostatei ajută la refacerea ţesuturilor afectate, inhibarea dezvoltării celulelor canceroase și prevenirea formării și extinderii tumorilor.

Alga AFA este organică, originară din lacul Klamath, singurul loc din lume în care crește în cantităţi suficiente și cu proprietăţi terapeutice optime.

Administrată în paralel cu tratamentele oncologice pentru cancerul de prostată, alga AFA este și un puternic citostatic natural vegetal, care potenţează acţiunea tratamentelor clasice oncologice și contribuie la diminuarea efectelor secundare.

S-a dovedit că, până la vârsta de 60 de ani, aproape 60% dintre bărbaţi se confruntă cu o anumită afecţiune a prostatei. Cu cât tratarea acestora începe mai repede, cu atât vindecarea este mai rapidă și mai eficientă.

Cea mai complexă și eficientă formulă pentru tratarea naturală și rapidă a afecţiunilor prostatei combină cele 4 principii active: extracul de Palmier pitic, Alga AFA, extractul de urzică și pulberea de dovleac.

Singurul producător din România care are această formulă este Herbagetica, cu produsul Prostato STEM recomandat pentru regenerarea celulară a prostatei (adenom de prostată, hipertrofia benignă a prostatei stadiul 1 și 2, prostatită acută și cronică, cancer de prostată). De asemenea, gama de produse naturale pe bază de alga AFA mai conţine și: Oncology STEM-recomandat în afecţiuni tumorale (antitumoral și citostatic natural); Hepatic STEM-recomandat pentru regenerarea celulară a ficatului; Ginkgo STEM-recomandat pentru regenerarea sistemului nervos.

Ce sunt spasmele faciale?

Blefarospasm, Spasm hemifacial, Sindrom Meige, Regenerare aberantă a nervului facial

Dr. Dan Georgescu
Medic Specialist Oftalmolog, Chirurgie oculoplastică reparatorie și cosmetică, orbitară și de căi lacrimale, Clinica Oftalmologică, Oftapro București

Există mai multe tipuri de spasme ale feței și pleoapelor tratate frecvent de catre chirurgii oculoplasticieni :

Blefarospasm - este caracterizat de spasme involuntare bilaterale ale pleoapelor care afectează uneori și alți mușchi ai feței. Cauza principală a blefarospasmului este încă necunoscut, dar poate fi o boală neurodegenerativă similară cu Parkinsonul.

Spasmul hemifacial - este caracterizat prin spasme involuntare care afectează doar o jumatăte a feței. El poate fi cauzat de compresia nervului facial (al șaptelea nerv cranian - responsabil pentru mișcarea sprâncenelor, pleoapelor și gurii), de către tumori sau vasele de sânge de la nivelui creierului. Spasmul hemifacial este însă o boală rară și de cele mai multe ori nu se poate identifica o cauză directă.

Sindromul Meige - O afecțiune rară, caracterizată prin contracții involuntare ale pleoapelor, limbii și mușchilor gurii. Sindromul Meige este o combinație de două forme de distonie: blefarospasm și distonie oromandibulară.

Regenerarea aberantă de nerv facial - Deși seamănă cu spasmul hemifacial, este de obicei unilaterală și poate implica atât partea superioară cit și cea inferioară a feței. Apare de obicei după faza de recuperare a unei paralizii faciale, atunci când nervul facial funcționează anormal, producând o stimulare excesivă a mușchilor feței.

Tratamentul spasmelor faciale

Majoritatea cazurilor de spasm facial pot fi tratate cu injecții de toxină botulinică (Botox®) dar anumite forme severe de blefarospasm, în special cele care prezintă o apraxie (necoordonare în mișcări) de deschidere a pleoapelor, necesită o intervenție chirurgicală. Miectomia (extirparea chirurgicală) orbicularului ochiului, corugatorului și depresorului superciliar este singura procedură chirurgicală eficientă pentru formele severe care nu răspund la tratamentul cu Botox®. Această intervenție chirurgicală corectează în același timp sprâncenele și pleoapele căzute și ameliorează sindromul de ochi uscați, frecvent asociat la aceasta patologie. În plus, este singurul tratament eficient pentru apraxia de deschidere a pleoapelor, un fenomen frecvent asociat sindromului de blefarospasm. Un studiu pe care l-am efectuat în 2008 pe ultimii 100 de pacienți operați a arătat că miectomia are o rată de succes de 80% la pacienții sever afectați de blefarospasm , cu apraxie. În plus, 82% din pacienții operați au apreciat o ameliorare din punct de vedere cosmetic după intervenție. Acești pacienți au avut deasemenea o ameliorare semnificativă a sindromului de ochi uscați, a fotofobiei și a scorului de disabilitate funcțională în urma operației.

Ținând cont de spectrul larg al spasmelor faciale ca și de variatele opțiuni de tratament medical și chirurgical, un consult oftalmologic cu un specialist în chirurgia oculoplastică este obligatoriu înainte de determinarea modalității optime de tratament pentru fiecare pacient în parte.

OFTAPRO
CLINICĂ OFTALMOLOGICĂ
OPHTHALMOLOGY CLINIC

Telefon: 021 252 52 01
021 252 52 17 / 031 8057824
e-mail: office@oftapro.ro

Oftalmopediatrie, Chirurgia Strabismului, Oculoplastică, Orbitară Și De Căi Lacrimale, Recuperare Vizuală, Contactologie, Oftalmologie Generală

Reacţii adverse ale colirurilor

Tratamentul prescris în urma unui consult oftalmologic cuprinde frecvent coliruri (picături). Este foarte important ca pacientului să i se explice pe înțelesul lui cum se administrează corect tratamentul (igiena- se spală pe mâini), precum și dozele și durata de administrare a tratamentului. Pacientul trebuie informat că în cazul apariției eventualelor reacții alergice sau toxice să se prezinte urgent la un nou consult oftalmologic.

Tratamentul cu picături poate dura:

- o perioadă determinată de timp pentru infecţiile acute (conjunctivita, keratita, episclerita, iridociclita) sau postoperator (cataracta, strabism, glaucom, dezlipire de retină, chirurgie refractivă);
- permanent (toată viaţa) în glaucom.

Majoritatea colirurilor conţin conservanţi (în special clorura de benzalkoniu =BAK), dar în concentraţii diferite. Avantajele conservanţilor sunt: prevenirea contaminării soluţiilor, menţinerea eficacităţii substanţei active o perioadă îndelungată de timp, mai uşor de manipulat, mai ieftine. Conservanţii pot determina reacţii adverse de tip alergic (10%) sau de tip toxic (90%). Alergia produsă de conservanţi este o alergie de contact; utilizarea prelungită a acestor substanţe poate determina un proces inflamator marcat, ce se poate autoîntreţine. Reacţiile adverse de tip toxic sunt dependente de doza precum și de durata de contact a suprafeţei oculare cu conservantul.

Simptomele sunt senzaţie de corp străin, arsură, usturimi, lăcrimare accentuată, fotofobie sau în cazuri mai severe şi tulburări de vedere.

La examenul biomicroscopic medicul poate observa semne de conjunctivită dar și afectarea corneei (keratita punctiformă, și în cazuri severe apariţia ulceraţiilor corneene).

Tratamentul constă în oprirea colirului incriminat în producerea reacţiilor adverse, urmată de administrarea unor coliruri cu lacrimi artificiale (lubrifierea scade contactul iritativ) și antialergice. Trebuie avut în vedere și prescrierea de picături fără conservanţi la pacienţii cu teren alergic sau la cei cu afecţiuni preexistente ale suprafeţei oculare (sindrom de ochi uscat, postransplant de cornee, sindromul Stevens- Johnson).

AMA OPTIMEX
Clinică de oftalmologie

Dr. Carmen Dragne
Medic primar oftalmolog
www. amaoptimex.ro

THE 13TH DANUBE INTERNATIONAL OTORHINOLARYNGOLOGICAL CONGRESS & THE ENT NATIONAL CONGRESS

02 – 05 July 2014 / Cluj-Napoca / Romania

Congress venue:
Grand Hotel Napoca, 1 Octavian Goga Street

CONGRESS PRESIDENT:
Prof. Dr. MARCEL COSGAREA
HONORARY PRESIDENT:
Prof. Dr. RUDOLF HAGEN

CONGRESS SITE:
www.orl2014.org

CONGRESS LOGISTIC SUPPORT – PALOMA PROFESSIONAL EVENTS
loredana.salanto@pproevents.com - 0752 168 811

An application has been made to the EACCME® for CME accreditation of this event

Mezo-Zeaxantina: Combaterea Degenerescenței Maculare și Creșterea Performanței Vizuale

Ochii sunt comoara vieții, iar Mama Natură are grijă ca noi să avem propriile noastre mecanisme de protecție.

Acolo unde se formează imaginea centrală, la suprafața straturilor retiniene, se află pigmentul macular. Acesta este format din luteină, zeaxantină și, mai important, mezo-zeaxantină. El are rolul de a proteja retina prin filtrarea luminii albastre dăunătoare (solară sau emisă de dispozitive electronice) și prin neutralizarea radicalilor liberi produși de stresul oxidativ (ex:fumatul).

Atunci când pigmentul macular scade, vederea începe să sufere. Contrastul vizual scade, imaginea devine încețoșată, lumina puternică ne deranjează (soare, faruri de mașini) și protecția retinei este constant redusă. Un pigment macular scăzut reprezintă cel mai important factor de risc pentru dezvoltarea degenerescenței maculare.

Degenerescența Maculară Legată de Vârstă (DMLV) este o patologie oftalmologică însoțită de efecte devastatoare asupra vederii și fără un tratament curativ. Persoanele cu această afecțiune pierd treptat vederea centrală, până la punctul de orbire. Dese ori, medicii recomandă administrarea cu luteină și zeaxantină, acestea putând avea un efect benefic pentru pacienții cu DMLV, însă insuficient.

În ultimii 10 ani, cercetătorii britanici au făcut numeroase studii asupra efectelor benefice aduse de aportul în dietă al mezo-zeaxantinei. Aceștia au descoperit că mezo-zeaxantina este cel mai potent antioxidant macular. Împreună, cei trei carotenoizi au o capacitate de antioxidare de 2.4 și 1.9 ori mai mare decât luteina, respectiv zeaxantina. Mai mult, mezo-zeaxantina ajută la absorbția în organism a celorlalți doi antioxidanți, iar beneficiile sunt simțite considerabil mai rapid.

În 2014 a fost publicat un studiu în Regatul Unit al Marii Britanii, condus de peste zece cercetători renumiți: "Administrarea cu cei trei carotenoizi maculari la pacienți cu DMLV în fază incipientă". Studiului arată că formula ce conține mezo-zeaxantină 10mg, luteină 10mg și zeaxantină 2mg a obținut rezultate semnificativ statistic ale îmbogățirii pigmentului macular și a creșterii sensibilității la contrast. Aceeași formulă oferă cea mai bună protecție cu efect antioxidant. Important de menționat, stadiul degenerescenței maculare nu a avansat din punct de vedere morfologic după primele 12 luni.

Medicina vestică înseamnă mai mult decât tratarea afecțiunilor, înseamnă prevenirea lor! Din acest motiv, un număr mare de persoane folosește suplimente ce conțin toți cei trei carotenoizi maculari.

Având mezo-zeaxantina în prim plan, oamenii de știință au observat că administrarea acesteia conduce la o creștere considerabilă a perfomanței vizuale. Beneficiile constau în îmbunătățirea contrastului vizual și adaptarea cu ușurință la lumini puternice (farurile mașinilor sau strălucirea soarelui). Pe parcurs, încețoșarea s-a redus și imaginile au deveneit mai clare.

Crăițele din care se extrage mezo-zeaxantina sunt cultivate special în Mexic. Daily Mail, UK, denumește formula cu mezo-zeaxantină 10mg, luteină 10mg și zeaxantină 2mg "Miracolul din Crăițe", pentru că în multe cazuri efectele par miraculoase.

Această formulă a dovedit în ultimul deceniu că are un aport excelent pentru persoanele cu DMLV, dar și pentru cele cu anumite deficiențe vizuale (vedere încețoșată sau cu un contrast scazut și orbiri/sensibilități la lumini puternice).

Dr. Smaranda Ionescu
Medic Medicină Generală

MacuShield este un supliment unic ce conține în mod exclusiv toți cei trei carotenoizi maculari

Extract 100% Natural

Nu conține gluten.
Disponibil sub formă de cutii 30 / 90 capsule

Mezo-zeaxantină	10mg
Luteină	10mg
Zeaxantină	2mg

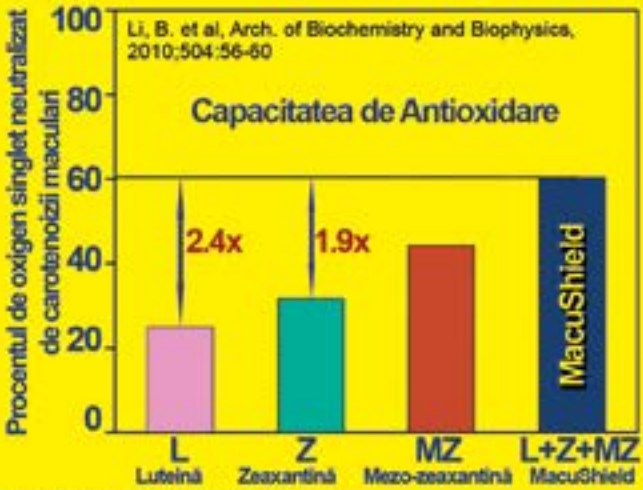
Administrare doar 1 capsulă pe zi

Notificare IBA nr. 8026/2013

Cel mai recomandat produs din Anglia acum în România

Efecte unice pentru:

- Diminuarea încețoșării
- Creșterea Acuității Vizuale
- Mărirea Contrastului Vizual
- Prevenția / Oprirea Progresiei Degenerescenței Maculare



Disponibil / comandă în

Farmaciile DONA
Drumul spre sănătate

SAU LA

031 104 0016
www.amdnobel.ro

Folosiți
COD: SM2014
10 % Discount
Telefonic sau Online

AMD Nobel Pharmaceutical S.R.L.
București, Sector 4, Str. Aristizza Romanescu, nr.22.
e-mail: office@amdnobel.ro
tel: 031 104 0016

www.amdnobel.ro
031 104 0016

Despre noi...

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

E important să fim foarte exigenţi cu copiii noştri? E recomandat să cerem acestora rezultate şcolare foarte bune? E constructiv să fim mereu nemulţumiţi de performanţele lor şi să le cerem din ce în ce mai mult, arătându-ne permanent nemulţumirea faţă de cum sunt şi de ceea ce fac?

Suntem comparaţi încă de când suntem mici, cu alţi copii şi, din păcate frecvent, tot atunci, auzim „cât de minunat este copilul lui Popescu", „cât de bine învaţă copilul lui Ionescu" sau „cât de extraordinar se comportă copilul lui Vasilescu". Bineînţeles că, pentru a desăvârşi povestea, ni se spune în continuare cât de departe suntem noi de aceste „performanţe". Evoluăm spre adolescenţă şi vârsta adultă, cu aceste idei în minte şi în suflet, „târând" după noi, aprecieri care, pe lângă faptul că sunt încărcate de subiectivism şi de cele mai multe ori, nu sunt reale, reprezintă pentru noi piedici greu de depăşit, adevărate obstacole în drumul nostru de evoluţie personală.

De cele mai multe ori, ca urmare a unor astfel de experienţe derulate în timpul copilăriei şi adolescenţei, ceea ce obţinem la vârsta adultă este o concepţie de sine subdimensionată cu o imagine de sine deformată, cu încredere în sine redusă şi cu zero respect de sine. Ştiu că ceea ce au dorit cei care ne-au educat, părinţi şi dascăli, a fost că, prin comparaţiile făcute, să obţină de la noi, opusul. Adică, au crezut că ne vor stimula şi că ne vor ambiţiona să facem şi mai mult şi să fim şi mai buni, dacă nu chiar cei mai buni, dar din nefericire, efectul este contrar celui scontat. Astfel, deseori în cabinet (atât de des, că este aproape un şablon), adultul din faţa mea, lasă capul în jos şi supărat, spune: „nu am deloc încredere în mine,…., nu-mi place de mine şi nici nu am motive să mă plac". Ce constat de cele mai multe ori, este că argumentele pe care le prezintă o astfel de persoană, sunt fundamentate în timp, gândite şi regândite, sunt bine fixate şi au valoare de convingeri.

Ce se întâmplă de fapt? Ce a învăţat acest adult, încă de când era mic? Că nu este suficient de bun/frumos/capabil/deştept/descurcăreţ, etc., precum sunt alţii şi, ceea ce face azi arată cam aşa: priveşte în jur şi vede alţi oameni, colegi, prieteni, oameni de pe stradă şi alege de la fiecare câte ceva care îi place, ceva ce apreciază (bineânţeles, filtrând prin propria subiectivitate) şi în final, când „a strâns" destule astfel de „calităţi", „construieşte" o entitate care nu există, repet, care are doar „părţi frumoase şi bune" şi apoi, se compară pe sine cu această „persoană" ireală, mai exact îşi compară propriile „minusuri" (tot subiectiv evaluate) cu minunata creatură. Ceea ce rezultă este concluzia că EL ESTE complet nevaloros şi incapabil…. Nimic mai fals!

Cum este corect să ne evaluăm, de fapt? Dacă suntem tentaţi să ne comparăm cu ceilalţi, este important să comparăm „mere cu mere şi pere cu pere". Mai mult decât atât, sunt o sumedenie de trăsături pe care nu le putem cuantifica (cum ar fi empatia, toleranţa, iniţiativa, ş.a.) şi pe care este dificil să le comparăm… şi, oricum, ştim deja că toţi oamenii sunt imperfecţi, deci şi noi suntem.

Cel mai corect faţă de noi, este să ne cunoaştem, cât se poate de obiectiv, să ştim cât mai bine cum suntem, să învăţăm să ne acceptăm cu plusuri şi cu minusuri, să ne străduim să schimbăm acele „lucruri" care ne aduc disconfort sau nemulţumire, care ne fac să fim ineficienţi sau nu ne ajută să ne îndeplinim obiectivele pe care le fixăm şi mai ales să fim permanent conştienţi de faptul că valoarea noastră intrinsecă este complexă şi unică şi în permanentă dezvoltare.

Organizatori

Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie

UMF "Carol Davila" București

Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog

Asociația Română de Studiu al Personalității

AL V-LEA CONGRES NAȚIONAL DE PSIHIATRIE

cu participare internațională

cu tema

Psihiatrie și Societate

08 - 11 octombrie 2014

Centrul Internațional de Conferințe, Sinaia, România

www.congrespsihiatrie.ro

Since 1993
RALCOM
Management Congres
Ralcom Exhibitions srl - Divizia Ralcom Medical
Tel.: +40 21 210 58 14, +40 210 65 40 • Fax: +40 21 212 27 02 • www.ralcom.ro

Grădinița de coșmar

Dr. Laura Bîrdeanu
Medic primar
psihiatrie pediatrică

Mara, o fetiță gingașă de trei ani, a ajuns la vârstă când trebuie să meargă la grădiniță. Până la această vârstă nu a fost despărțită de mama ei mai mult de două sau trei ore. În prima zi bucurie mare, pregătiri multe, agitație, toată familia reunită, fundițe, flori și toată lumea pornește spre grădiniță. Fetița nu a înțeles însă că ea va urma să rămână singură și toți ceilalți vor pleca acasă. Când a înțeles că urmează să rămână la grădiniță s-a declanșat furtuna. S-a agățat cu disperare de mamă, a țipat până a rămas fără glas, s-a zbătut, nimeni și nimic nu a putut să o liniștească. Cu toate acestea părinții au plecat și au lăsat-o acolo, promițându-i că vor reveni să o ia la ora 16, doar să o calmeze. Nu avea ea noțiunea timpului, dar s-a conformat, s-a așezat supărată într-un colț și a așteptat cuminte să treacă timpul. Nu a putut fi convinsă să mănânce la prânz deoarece aștepta să mănânce cu mama ei, nu a mers la baie, nu a făcut decât să aștepte, până a urmat un alt șoc: trebuia să doarmă alături de ceilalți copii. Știa foarte bine că dormitul este o treabă serioasă care se desfășoară în dormitorul familiei sau la bunici, dar obligatoriu cu părinții ei. Altă tragedie, alte țipete, trântit pe jos, dat din picioare până când răbdarea uneia dintre educatoare a cedat și i-a aplicat o „corecție fizică" așa cum știa ea că se educă un copil mai „răsfățat". A plâns până a adormit, a făcut pipi în pat de supărare și la trezire, când au venit să o ia acasă, nu mai era copilul de până atunci. A devenit apatică, indiferentă, cu o privire pierdută, nu a mâncat nimic toată ziua, iar noaptea a țipat continuu datorită coșmarurilor pe care le-a avut. A doua zi au dus-o din nou la grădiniță și tot așa vreo două săptămâni până a început să facă pipi pe ea, în fiecare noapte și să verse, în fiecare dimineață. A slăbit vreo două kilograme, era palidă, cu niște cearcăne până la jumătatea obrajilor, de aveai senzația că are cine știe ce afecțiune severă. Părinții nu știau că pe lângă stresul separării a mai fost și bătută de educatoare până când, în timpul coșmarurilor nocturne, fetița striga „ nu mă mai bateți că sunt cuminte". După cele două săptămâni de chin s-au dezmeticit și părinții, au făcut cercetări, au aflat adevărul și nu au mai dus-o forțat la grădiniță. Prea târziu răul fusese făcut, coșmarurile au continuat și în săptămâna următoare, apatia, tristețea și inapetența nu s-au remis. Au adus-o la cabinet unde nu a vrut să scoată un sunet, nu a colaborat, nu au interesat-o jucăriile, a stat tot timpul „agățată" de mamă de parcă erau siameze. A fost necesară medicația anxiolitică și amânarea grădiniței până anul viitor, urmând ca până atunci să se găsească o educatoare cu care să se obișnuiască încă de pe acum, pentru a evita o situație atât de stresantă.

Ce trebuie să reținem:

- Pentru mulți copii, introducerea în colectivitate este o mare provocare; aș putea spune că este echivalentul rătăcirii unui adult în savana africană. În cazul în care copilul nu a fost despărțit de părinți, lăsarea lui într-un mediu străin este asemănătore cu abandonul într-o pădure.
- Același fenomen se întâmplă atunci când mama se întoarce la serviciu după

împlinirea vârstei de doi ani a copilului, dacă acesta a stat permanent numai cu ea. De obicei și mamele, în cazul primului copil, sunt mult mai anxioase și mai protective, nu implică alte persoane în creșterea micuțului, amânând acest gest până aproape de momentul întoarcerii la serviciu.

- Anxietatea de separare pe care a dezvoltat-o Mara la introducerea în colectivitate poate fi evitată dacă există o pregătire cu câteva luni înainte prin implicarea copilului în toate pregătirile ce se fac cu această ocazie de la cumpărarea rechizitelor și a hăinuțelor până la întâlnirea și acomodarea cu educatoarea, acolo unde este posibil.
- Dacă totuși încadrarea este mult prea traumatizantă și observați că micuțul nu se obișnuiește după câteva zile, nu vă încăpățânați să-l disciplinați cu forța deoarece poate suferi toată viața din acest motiv. Este dovedit că anxietățile marcate din copilărie sunt sursa nevrozelor din viața adultă.
- Atașamentul care se stabilește între copil și mama lui (sau cu persoana care îl îngrijește cea mai mare parte a timpului) este cel care îl ajută să supraviețuiască, la fel ca și hrana și apa, de aceea ruperea bruscă a acestei legături naturale poate fi extrem de dăunătoare atât pentru psihic cât și pentru întreg organismul.
- Pentru a evita o astfel de ruptură bruscă, implicați în creșterea micuțului toate persoanele din mediul familial și obișnuiți-l pe acesta din timp și cu persoane de încredere din afara familiei.
- Obiceiul de a dormi cu părinții ne încurcă foarte mult atunci când copilul trebuie să doarmă în altă parte decât în patul conjugal. De aceea este bine să-l obișnuiți pe sugar, de la o vârstă cât mai mică (dacă se poate de când veniți de la maternitate), să doarmă în pătuțul lui și în camera lui, înainte să înceapă anxietățile specifice vârstei de opt luni. Obișnuirea cu dormitorul lui este mult mai dificilă când este mai mare și când începe să se teamă de tot felul de „personaje", care mai de care mai rele, cu care îl speriați tot dvs. când nu este cuminte.
- Amenințarea cu „babau" sau vrăjitoare care îl vor lua sau îl vor băga în sac dacă nu este cuminte, este foarte dăunătoare și tot o sursă de nevroze pentru viitor.

Cum să ne protejăm copiii de bolile parazitare

Bolile determinate de diferiți paraziți ocupă un loc important în patologia întâlnită la copiii preșcolari și școlari, explicându-se astfel atenția deosebită acordată măsurilor de prevenire și combatere a acestora.

Cele mai frecvente boli parazitare întâlnite la copii sunt:

- Giardioza (determinată de Giardia lamblia)
- Ascaridioza (determinată de Ascaris lumbricoides)
- Oxiuroza (determinată de Enterobius vermicularis), la care se mai adaugă, dar cu o incidenţă mult mai scăzută, și alte parazitoze: toxoplasmoza, trichocefaloza, toxocaroza, himenolepidoza, hidadidoza, teniaza, etc.

Manifestările clinice din parazitoze sunt variabile, unele dintre ele trecând neobservate, după cum, în alte cazuri simptomatologia poate fi destul de intensă.

În general tabloul clinic cuprinde:

- tulburări digestive: dureri abdominale, inapetenţa (lipsa apetitului), greţuri, vărsături, balonări, intoleranţa faţă de unele alimente, tulburări de tranzit intestinal (diaree sau mai rar constipaţie)
- tulburări toxico-alergice: bronşite, agravarea crizelor de astm bronșic, urticarie, prurit anal și nazal
- manifestări neuropsihice: iritabilitate, cefalee, ameţeli, scăderea performanţelor şcolare și a atenţiei
- manifestări hematologice: eozinofilie (creșterea eozinofilelor în sângele periferic în perioada de migrare a parazitului, în special în ascaridioza)
- alterarea stării generale:

astenie, scădere ponderală.

Răspândirea paraziţilor se realizează prin chisturi (giardia) sau ouă (ascaris) care, odată eliminate prin materiile fecale, ajung în mediul exterior (sol, fructe, legume, alimente neprotejate, etc.)

Omul se poate infesta prin intermediul mâinilor nespălate, a alimentelor contaminate sau de la alte persoane (în colectivităţi şi de la membrii aceleiaşi familii), fiind posibilă şi autoinfestarea (oxiuroza).

Diagnosticul parazitozelor se realizează de obicei prin examenul coproparazitologic, atunci când paraziţii adulţi, fragmente ale acestora (proglote), ouăle sau chisturile lor sunt eliminate spontan în scaun. Pentru excluderea unei parazitoze se cer minimum 3 examinări negative consecutive ale scaunului, la interval de 7-10 zile între determinări. Această repetare a examenului coproparazitologic este necesară din următoarele considerente:

- existenţa unui timp de latenţă între momentul infectării şi momentul în care acesta începe să elimine ouă, chisturi sau proglote
- eliminarea inconstantă în materiile fecale, a parazitului funcţie de ciclul său biologic

Există paraziţi care nu elimină ouă sau chisturi în materiile fecale (toxoplasma, trichinela, toxocara, etc.) sau apariţia de ouă în materiile fecale se face accidental. În aceasta situaţie, se recomandă identificarea antigenelor parazitare sau/şi a anticorpilor antiparazitari prin metode imunoenzimatice, cu sensibilitate şi specificitate foarte ridicate.

În cazul oxiurozei, manifestată prin prurit anal şi perianal, se recomandă efectuarea amprentei anale luată pe bandă adezivă urmată de examenul microscopic.

Tratamentul bolilor parazitare revine exclusiv medicului, deoarece majoritatea medicamentelor sunt hepatotoxice (în diferite grade) iar folosirea lor în scop profilactic sau în tratamente repetate fără avizul medicului este total contraindicată.

Având în vedere influenţa cu totul nefavorabilă pe care o exercită bolile parazitare asupra dezvoltării fizice şi intelectuale a copiilor, o importanţă deosebită o au măsurile de combatere şi prevenire în unităţile frecventate de copii:

- Folosirea de oliţe individuale şi dezinfecţia regulată a acestora şi a toaletelor
- Măsuri generale de igienă: curăţenie, ventilaţia încăperilor, îndepărtarea zilnică a prafului de pe pardoseli şi mobilier
- Dezinsecţie eficientă (diferite insecte au rol în vehicularea formelor infecţioase ale unor paraziţi)
- Transportul, păstrarea şi preparea alimentelor de către personal controlat medical periodic şi în condiţii de strictă igienă
- Spălarea fructelor şi zarzavaturilor (pe care se pot depune paraziţi, chisturi, ouă)
- Lenjeria de pat şi de corp a copiilor va fi spălată prin fierbere şi călcată
- Deoarece parazitozele digestive sunt considerate ca fiind bolile „mâinilor murdare", trebuiesc depuse toate eforturile pentru însuşirea de către copii a unor deprinderi corecte de igienă: spălatul pe mâini înainte de masă, tăierea regulată a unghiilor, etc.
- În combaterea parazitozelor din mediul rural, importante sunt igienizarea şi amplasarea corectă a latrinelor
- Diagnosticarea celor parazitaţi şi tratarea corectă a tuturor persoanelor infectate, simptomatice sau nu
- Creşterea rezistenţei generale a copiilor printr-un regim raţional de viaţă şi de alimentaţie

Pentru prevenirea şi combaterea îmbolnăvirilor pe care le dau paraziţii vor trebui respectate de către părinţi, dascăli, personal medical, atât a măsurilor de igienă individuală cât şi colectivă.

Dr. Mihaela Dinescu
Medic primar medicină de laborator
SANADOR BUCUREŞTI

Managementul neuropatiei diabetice

Peste 382 milioane de oameni erau diagnosticaţi cu diabet zaharat (DZ) în 2013, iar statisticile apreciază că numărul acestora vă ajunge la 592 milioane în anul 2035. Datele din literatură variază, se consideră că 30% până 50% dintre persoanele cu diabet tip 1 și 2 sunt afectate de neuropatia diabetică. În multe cazuri neuropatia diabetică este prezentă încă de la diagnosticul diabetului zaharat. Aproximativ 10% din pacienți au semne clinice evidente de neuropatie în momentul diagnosticării diabetului, însă procentul crește la 50% după 25 de ani de evoluție a bolii diabetice. Procentul celor cu neuropatie dureroasă este mai mic, aproximativ 15% din total.

Prof. dr. Gabriela Radulian, *Șeful Secției Clinice Diabet II din cadrul INDNBM „N. Paulescu"*

Dr. Irina Sima,
Institutul „prof. Dr. N. Paulescu"

Neuropatia diabetică este cea mai frecventă dintre complicaţiile cronice ale diabetului zaharat și reprezintă afectarea sistemului nervos periferic și/sau vegetativ. Diagnosticul de neuropatie periferică se bazează pe simptomatologie, anamneză și examen fizic. Electromiograma (EMG) și studiile de conducere nervoasă se pot face pentru a confirma diagnosticul.

Diagnosticarea neuropatiei diabetice începând încă din stadiul de prediabet este de mare importanţă. Prevalenţa neuropatiei în IFG (impaired fasting glucose), în Germania – Augsburg, este de 9% (comparativ cu doar 1% din populaţie cu toleranţă normală la glucoză). IFG este asociată cu o prevalenţă mai mare, iar dacă pacientul se prezintă cu neuropatie idiopatică, este indicată efectuarea unui test oral de toleranţă la glucoza pentru a confirma sau exclude suspiciunea de prediabet sau diabet. De asemenea, tratamentul pentru durerea neuropată din diabetul zaharat trebuie iniţiată cât mai repede posibil. Acest tratament are ca obiectiv nu doar ameliorarea durerii, dar și îmbunătăţirea calităţii vieţii, a activităţii fizice, precum și a calităţii somnului.

Legat de factorii de risc, cele mai solide dovezi pledează pentru hiperglicemia cronică. Este cert că apariţia și progresia neuropatiei este legată de controlul glicemic în ambele tipuri de diabet. Durata și intensitatea hiperglicemiei cronice sunt corelate cu severitatea neuropatiei.

Neuropatia diabetică și consecinţele ei implică costuri crescute pentru îngrijirile medicale legate de incapacitatea de muncă și invaliditate.

Managementul neuropatiei diabetice trebuie să înceapă în momentul diagnosticării diabetului zaharat.

Polineuropatia diabetică periferică, mixtă senzitivă și motorie este cea mai frecventă formă de afectare nervoasă în diabet. Ea se poate manifesta fie prin dureri cu caracter de arsură, furnicături, înţepături sau senzaţie de amorţeală la

nivelul picioarelor și parestezii, fie prin pierderea sensibilității distale (la periferia corpului) și creșterea riscului pentru ulcerații și amputații.

Diagnosticul polineuropatiei diabetice periferice este un diagnostic clinic (bazat pe simptome și semne) și presupune excluderea altor cauze (deficit de B12, hipotiroidism, insuficiență renală, toxica/iatrogena HIV, boală vasculară, scădere ponderală/cancer, sifilis).

Prevenția, diagnosticarea precoce și tratamentul neuropatiei diabetice reprezintă o provocare pentru profesioniștii implicați în managementul acestei afecțiuni, întrucât consecințele acesteia sunt ireversibile și de multe ori invalidante. Managementul neuropatiei diabetice include măsuri terapeutice ce vizează mecanismul patogenic și tratament simptomatic, ambele disponibile și pentru pacienții din țara noastră.

În ceea ce privește prevenția, cel mai important lucru în cadrul managementului neuropatiei diabetice este reprezentat de încetinirea progresiei leziunii nervoase, din momentul în care aceasta a fost diagnosticată. Principală și cea mai importantă modalitate de prevenire a progresiei leziunii nervoase este controlul glicemic corespunzător.

Măsurile terapeutice vizează: prevenția, tratamentul patogenic și tratamentul simptomatic și au ca scop îmbunătățirea calității vieții pacienților. Exista tratamente patogenice, cum este cel antioxidant cu acid alfa-lipoic, cel de compensare a deficitului de vitamină B1 cu benfotiamina, precum și tratamente legate de terapia durerii, care, pe de o parte, acționează asupra sistemului nervos central, iar pe de altă parte ameliorează durerea și îmbunătățesc calitatea vieții.

Se recomandă: evitarea factorilor de risc pentru dezvoltarea/progresia neuropatiei diabetice (dezechilibru glicemic, oscilații glicemice, fumat, consum crescut de alcool, status socio-economic scăzut) sau pentru ulcerații neuropate (pierderea senzației dureroase, încălțăminte inadecvată, igiena deficitară, lipsa de educație specifică, ulcerații sau amputații în antecedente, scăderea sensibilității vibratorii).

Se recomanda totodată screeningul pentru polineuropatia periferica la momentul diagnosticului DZ tip 1 și 2, ulterior anual, folosind teste clinice simple. Screeningul pentru neuropatia autonomă se recomanda la diagnosticul DZ tip 2 și la 5 ani de la diagnosticul DZ tip 1. Screeningul neuropatiei periferice ajuta la prevenirea ulcerelor sau a amputațiilor.

Viaţa văzută prin ochii unui „supergreu”

V-ați gândit vreodată cum ar fi să nu știți și nici să nu puteți afla ce greutate aveți? Și asta pentru că sunteți mai greu de 150 kg, valoare care reprezintă limita maximă de măsurare pentru majoritatea cântarelor?...

Credeti că vă imaginaţi măcar coşmarul pe care îl trăieste în fiecare zi un asemenea om? Aş vrea să vă ajut eu să înţelegeţi asta şi nu din perspectiva teoriei medicale, ci a mea personal în calitate de om şi de medic care a avut sute de pacienţi cu obezitate. Credeţi că vă imaginaţi ce simte vecinul dvs, colegul de la birou sau prietenul din copilărie, cu alte cuvinte omul de lângă dumneavoastră, care a început să se îngraşe în urmă cu câţiva ani şi de atunci creşte în greutate necontenit? Vă gândiţi desigur: "e numai vina lui, doar nu-l obligă nimeni să mănânce, şi încă atât de mult". Şi când îl întâlniţi pe stradă, fără îndoială involuntar strâmbaţi din nas, şi vă gândiţi aproape fără să vreţi: e un om lipsit de voinţa şi de educaţie, dacă ar vrea, s-ar apuca să slăbească sau, încă şi mai rău, gândiţi: e un leneş, un om lipsit de voinţă şi oricum ocupă mai mult spaţiu decât i s-ar cuveni. Şi nu sunteţi în nici un caz singurul care gândeşte aşa. Dimpotrivă, marea majoritate a celor cu greutate normală nu înţeleg tragedia de a fi gras. Departe de a arăta înţelegere, ei consideră că oamenii graşi trebuie să plătească pentru situaţia în care se găsesc, pentru că ei sunt singurii vinovaţi pentru kilogramele lor în plus. Până şi unele dintre marile companii aviatice te tarifează mai mult dacă depăşeşti o anumită greutate. Să fi gras e aproape ilegal.

Dar, să ne aplecăm pentru un moment asupra dificultăţilor vieţii unui supergras, dezgustat în primul rând el însuşi, de propria imagine în oglindă, dar şi de felul în care se simte perceput de cei din jur. Atitudinea celorlaţi faţă de el, poate să fie în permanenţă frustrantă şi umilitoare. Nu-şi poate cumpăra haine decente din magazinele obişnuite, decât poate o pereche de pantaloni de trening în culori ţipătoare sau o fusta largă pusă pe elastic "să se poată întinde" pe orice circumferinţă şi al cărei singur rol este acela de a-i ascunde dimensiunile.

Caută cu disperare o soluţie, ţine cure de slăbire, care-l fac să piardă câteva kilograme, dar cu ce preţ? Terorizat de calculul caloriilor şi cu atenţia concentrată să evite alimentele "interzise" sau care nu pot fi asociate, ajunge să mănâce mai nimic, îşi transformă bucuria de a se hrăni într-un act de penitenţă şi, în loc să devină mai fericit, devine dimpotrivă trist şi depresiv. Prietenii râd de el, dar el se ambiţionează, numai că, dupa câteva săptămâni de efort, într-un moment de frustrare şi penibil, de exemplu, când nu se poate strecura în maşina, pentru că o alta e parcată prea "strâns", se repede la un fast food şi îşi reia dintr-o clipire vechea viaţă când mânca 3 hamburgeri, 2 porţii de cartofi prăjiţi şi o cola mare la o masă. Căci cine îşi poate schimba viaţa definitiv cu o cură de slăbire?

Caută pe internet leacuri miraculoase care să-l

ajute să slăbească. Citește că medicamentele astea, în ciuda reclamelor, sunt asociate cu anumite reacții adverse, dar ce mai contează, e atât de disperat să mai pierdă câteva kilograme încât ignoră riscurile. Și, peste câteva zile sau săptămâni începe să se simtă din ce în ce mai rău, agitat, insomniac, inima îi bate din ce in ce mai repede, așa că trebuie să renunțe la ele. Prietenii și doctorul îi recomandă să facă sport, dar ei nu știu că de la un anumit număr de kilograme în sus fiecare pas poate fi dureros, încheieturile și coloana se revoltă împotriva greutății în exces pe care trebuie să o suporte și, chiar efortul de a-ți face toaleta zilnică, de a te îmbraca sau de a te apleca să te inchei la șireturi te pot lăsa gâfâind fără suflare.

Acestor oameni care au încercat tot ce este omenește cu putință și au eșuat, chirurgia le poate oferi o soluție. Există operații care te fac să ai un stomac mult mai mic și prin urmare să limitezi obligatoriu cantitatea de alimente pe care o poți mânca la o masă, așa cum este cazul inelului gastric sau a micșorarii stomacului (gastric sleeve). În alte tipuri de operații se apelează la procedee mixte, restrictive și malabsorbtive, în care mâncarea nu mai urmează cursul fiziologic (gastric bypass sau derivație biliopancreatică) și toate aceste operatii reușesc să ducă la scăderi ponderale semnificative și susținute. Din experiența mea, din peste 500 de pacienți care au ales soluția chirurgicală, având inițial greutăți de la peste 50 de kg peste greutatea ideală, până la 300 kg, peste 90% dintre ei au reușit să atingă o greutate normală sau aproape de normal.

Fără îndoială, rezultatele depind de cât de bine este ales procedeul chirurgical în raport cu obiceiurile alimentare ale pacientului, de vârsta și de durata de evoluție a obezității, dar și de aderența la suportul pe care-l acordăm postoperator fiecărui pacient în parte.

Modificările fizice exterioare consecutive operației sunt însoțite de unele psihologice, poate mai subtile, dar nu mai puțin evidente, nici mai putțn importante. Pe măsură ce numărul de kilograme scade, depresia se îndepartează, iar optimismul și pofta de viață revin. Fostul "supergreu", până acum singuratic și trist, poate avea o viață plină de bucurie. Femei obeze, până acum cu tulburări de ciclu menstrual, se pot gândi să aibă copii.

Vă propun să considerăm obezitatea o boală, care în anumite circumstanțe bine definite are o soluție chirurgicală.

Dr. Raluca Parască
Medic primar anestezie și terapie intensivă

Situaţia actuală a endemiei tuberculozei în România

Prof. Dr. Constantin Marica,
Dr. Mihaela Tănăsescu,
Dr. Daniel Eparu

Începând cu 1993 Organizația Mondială a Sănătății a considerat că „tuberculoza a creat o situație de urgență mondială".

În ţara noastră, incidenţa tuberculozei înregistrează încă valori ridicate, comparativ cu media ţărilor din Uniunea Europeană (locul I între ţările UE şi locul III între ţările Regiunii Europa a OMS), astfel că un răspuns coordonat la nivel naţional împotriva acestei maladii reprezintă o prioritate a politicii sanitare actuale.

Răspândirea tuberculozei depăşeşte sfera serviciilor de sănătate.

Prin adoptarea începând cu 1998 a Strategiei Internaţionale de Tratament sub Directă Observaţie (DOTS) şi prin implementarea Programelor Naţionale de Control a Tuberculozei 1997-2000 si respectiv 2001-2005 (PNCT), în 2003 România înregistrează pentru prima dată, în ultimii 20 de ani, o tendinţă de scădere a incidenţei cazurilor noi de tuberculoză.

Astfel, cu o rată medie de succes terapeutic a cazurilor noi confirmate bacteriologic de 82%, România se apropie de ţinta globală de 85%.

Cu toate acestea, în anul 2006 în România, s-au înregistrat un număr de 25.422 de cazuri noi şi recidive de tuberculoză (117,8 cazuri la 100.000 de locuitori), cifre care situează România, din păcate, printre primele ţări în Europa.

Evoluţia endemiei prin tuberculoză

Evoluţia incidenţei în România a înregistrat o continuă creştere, de la 55,8‰o în anul 1985 la 142,2‰o în anul 2002.

Cauzele care au determinat această creştere au fost: deteriorarea condiţiilor socio-economice şi perturbările survenite în funcţionarea sistemului de sănătate.

Actualmente, se poate vorbi de o tendinţă de „stopare" a creşterii incidenţei globale a tuberculozei, tendinţă confirmată de valorile înregistrate în anii 2005 şi 2006, când incidenţa globală a tuberculozei a continuat să scadă la 123,7‰o respectiv 117,8‰o- Fig. 1

Incidenţa cea mai ridicată se înregistrează la populaţia cuprinsă între 22 şi 55 ani.

Incidenţa tuberculozei la copii a crescut continuu, de la 7,9‰o în anul 1985 până la 48,2‰o în anul 2002. Se remarcă acelaşi trend descrescător al incidenţei tuberculozei la copii începând cu anul 2003 (44,3‰o), care continuă şi în 2004 (41,2‰o), 2005 (33,4‰o) şi 2006 (31,8‰000).- Fig. 2

PNCT a fost coordonat de către MSP, prin Direcţia Generală de Sănătate Publică (DGSP) şi de Comisia de Specialitate Pneumoftiziologie a MSP.

Succesul Programului a fost posibil datorită unei structuri de management bine definite şi funcţionale. Managementul Programului a fost asigurat de către Unitatea Centrală de Management (UCM) din cadrul Institutului de Pneumologie „Marius Nasta".

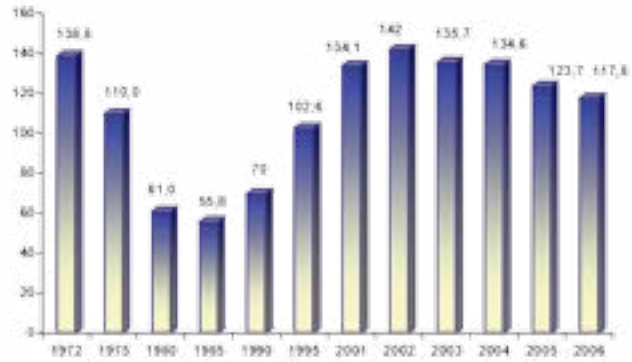
La nivel periferic, managementul Programului a fost asigurat de către DSP şi de 50 de manageri (sau coordonatori judeţeni – 41 manageri judeţeni, 6 pentru fiecare din cele 6 sectoare din Bucureşti şi câte unul reprezentând Ministerele Justiţiei, Apărării Naţionale şi Inter-

nelor). În fiecare judeţ sunt 3-6 dispensare de pneumoftiziologie (PNF), 189 în total, iar reţeaua de specialitate beneficiază de un număr de aproximativ 900 de medici pneumologi.

Medicii de familie (MF) au fost implicaţi în PNCT în special în mediul rural, prin activităţile de depistare a suspecţilor de tuberculoză şi administrarea tratamentului sub directa observare (DOT).

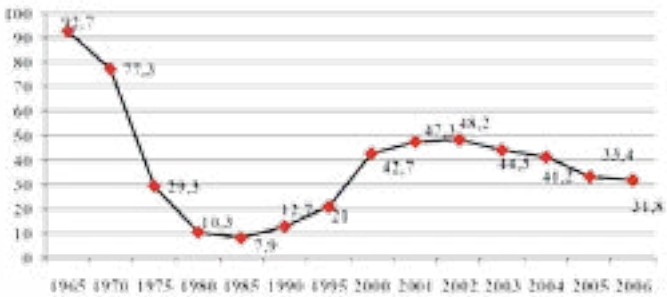
În fiecare judeţ există cel puţin un spital care deserveşte pacienţii cu tuberculoză (76 spitale PNF cu aproximativ 7.000 de paturi pentru tuberculoză).

Fig. 1: Evoluţia incidenţei globale a tuberculozei în România 1972-2006



Sursa: Unitatea de Management PNCT, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta".

Fig. 2: Evoluţia incidenţei tuberculozei la copii 1972-2006



Sursa: Unitatea de Management PNCT, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta".

În România a fost creată structura relativ originală, Comisia Naţională de Supervizare a Programului compusă din 30 de medici specialişti pneumologi formaţi pentru această activitate. Aceştia supervizează aplicarea prevederilor Programului la nivel naţional.

Diagnosticul şi tratamentul pentru bolnavii de TB sunt în România gratuite. Costurile sunt acoperite din fondurile asigurărilor sociale de sănătate şi din bugetul de stat pentru latura profilactică. Accesul la medicaţie este asigurat de 190 de farmacii cu circuit închis.

Creşterea, în ultimul timp, a incidenţei tulpinilor BK cu chimiorezistenţă şi în special tuberculoza multidrogrezistentă (rezistenţa la cele două droguri majore- HIN şi RMP) impun o monitorizare mai atentă, la nivel naţional şi internaţional, a acestui fenomen. La nivel naţional, avem deja 2 centre de excelenţă pentru terapia şi monitorizarea cazurilor de tuberculoză polichimiorezistente (la Bucureşti şi Bisericani - Neamţ), a căror evaluare (realizată după aproximativ 3 ani de la deschidere) este promiţătoare.

În concluzie, la nivel naţional, existenţa unei reţele de tuberculoză eficiente, a unui Program Naţional bine implementat, atragerea, pe lângă medicii specialişti pneumologi, a medicilor epidemiologi şi a medicilor de familie în această problemă, ca şi, în mod principal, suportul material şi moral al Guvernului României şi Ministerului Sănătăţii Publice, sunt premize imperioase pentru realizarea criteriilor incluse în actualul Plan STOP TB al OMS.

Prof. Dr. Constantin Marica
Preşedinte Secţiunea TB a SRP
Univ. de Medicina şi Farmacie „Carol Davila", Bucureşti
Institutul de Pneumologie „Marius Nasta"
tel: +4021 3356910/1407

Cluster headache- tratament acut şi profilaxie

Cluster Headache este considerată a fi una dintre cele mai severe forme de durere care afectează ființa umană. Boala este caracterizată prin atacuri de durere severă, strict unilaterală, tipic în regiunea retroorbitară și fronto-temporală, asociate cu simptome și semne de disfuncție autonomă (lacrimație, inroșirea conjunctivelor, rinoree sau congestie nazală) de aceeași parte cu durerea. Spre deosebire de alte forme de migrenă, această afectează în principal barbații de vârstă mijlocie, fumători. În mod tipic, pacienții sunt într-o continua schimbare a poziției și într-o agitație de nestăpânit în timpul unui atac. Marca Cluster Headache este periodicitatea pe parcursul a 24 de ore a atacurilor și durata destul de fixă pentru fiecare pacient a perioadei de cluster. De asemenea, în Clusterul Episodic, perioadele dureroase survin în perioade previzibile ale anului (periodicitate circanuală).

Dr. Dan Suiaga
Coordonator secţie neurochirurgie
Life Memorial Hospital
Medlife, Bucureşti

Managementul Cluster Headache include:

1. educarea pacientului cu privire la afecţiunea sa
2. sfaturi cu privire la stilul de viaţă (ex. evitarea consumului de alcool pe perioada crizelor)
3. tratamentul prompt al atacurilor
4. profilaxia atacurilor.

Tratamentul în atacul acut

Deoarece durerea în atacul acut evoluează rapid, medicaţia orală de obicei nu este la fel de eficientă ca și în atacurile de migrenă. Pentru un efect rapid și eficient, agenţii terapeutici trebuiesc administraţi pe alte căi, și anume pe cale injectabilă sau prin oxigenoterapie (administrată și pacienţilor cu afecţiuni cardiovasculare).

Spre deosebire de migrenă, factorii declanșatori ai unui atac acut de Cluster Headace sunt foarte puţin cunoscuţi, dar alcoolul este unul incriminat. Pacienţii trebuie sfătuiti să evite consumul de alcool pe perioada atacurilor acute, iar la cei cu formă cronică, acesta trebuie evitat permanent.

Terapia profilactică

Tratamentul profilactic pentru Cluster Headache este împarţit într-un tratament de întreţinere și unul tranziţional.

Tratamentul de întreţinere este folosit pe întreaga durată a perioadei dureroase cu intenţia de a reduce frecvenţa și severitatea atacurilor de cluster. Cand tratăm Clusterul Episodic, terapia de întreţinere este oprită dupa trecerea perioadei clusterului și reîncepută la declansarea următoarei perioade dureroase.

Tratamentul tranziţional este unul asociat celui de întreţinere în încercarea de a reduce perioada de cluster sau pentru a reduce și mai mult frecvenţa și severitatea atacurilor. Se începe în același timp cu tratamentul de întreţinere deoarece are un efect mai rapid decât acesta și oferă control asupra durerii până în momentul în care tratamentul de întreţinere intră în acţiune.

Cu un tratament farmacologic bine condus, majoritatea pacienţilor cu Cluster Headache vor răspunde satisfăcator la terapie. Pentru cei refractari la tratamentul medicamentos, o serie de alte proceduri au fost puse în practică, printre care enumerăm: blocurile anestezice, tehnicile de neuromodulare periferică și tehnicile chirurgicale ablative.

Metabolomica – o nouă frontieră atinsă în uro-oncologie

Dr. Nicolae Crișan

Tendința actuală în medicină este mai degrabă spre non-invazivitate decât spre minim invazivitate. Un exemplu puternic în acest sens este biopsia hepatică, înlocuită în aprecierea stadiului bolii hepatice de o serie de scoruri care au la bază determinări ale unor molecule serice. În acest context, atenția cercetătorilor a fost axată pe studiile de genomică și proteomică care îndeplinesc astfel de principii. Recent, o nouă „omică" atrage interesul comunității științifice și oferă perspective care nu au fost atinse încă de primele două: metabolomica.

Metabolomica presupune determinarea unor produși de metabolism (metaboliți) cu greutate moleculară joasă care rezultă în urma multiplelor reacții biochimice de la nivel celular (metabolismul lipidic, proteic, glucidic sau nucleotidic). Profilul metabolomic practic conturează fidel aspectul fenotipic, detectând orice modificare în lanțul proceselor de la nivel celular. Metaboliții pot fi determinați în ser, urină, țesut sau alte lichide biologice (salivă, lichid seminal etc) prin tehnici de cromatografie (în mediu lichid sau gaz) sau spectrometrie (prin rezonanță magnetică nucleară sau de masă). Deoarece anumite modificări metabolice apar precoce în procesul transformării neoplazice, moleculele rezultate din acestea pot fi utilizate nu doar pentru diagnosticul în stadii incipiente, dar și pentru terapie țintită precoce. Utilizarea tuturor acestor noi bio-markeri conduce spre un nou concept de „medicină personalizată", datorită faptului că permit înțelegerea heterogenității pacientului și mai ales a bolii.

Cancerul de prostată reprezintă o mare controversă în cadrul uro-oncologic: de la problema legitimității screeningului (problema supra-diagnosticului), la problema indicației tratamentului activ (diferențierea cancerului indolent de cel agresiv care necesită atitudine terapeutică). Astfel, utilizând criterii bazate pe markerii actuali, supravegherea activă a încercat soluționarea acestor probleme, dar încă nu a convins în practica clinică. Prin urmare, există nevoia unor noi biomarkeri care să diferențieze în mod non-invaziv statusul benign-malign sau indolent-agresiv.

Infecţiile în secţiile de terapie intensivă – un risc în plus pentru pacientul critic

Date epidemiologice

În zilele noastre în Europa 1 din 10 pacienţi internaţi pot contacta o infecţie asociată îngrijirilor medicale.

Infecţia nosocomială

Este infecţia care nu era prezentă în momentul internării, și care a debutat la mai mult de 48 de ore de la momentul internării.

- Pentru a vedea amploarea fenomenului, în America au fost în anul 2007 1.7 milioane de infecţii, 99.000 de decese, cu un cost total generat de 13.6 miliarde de dolari.
- Infecţiile legate de actul de îngrijire medicală sunt rezultatul cel mai frecvent al îngrijirii deficitare a pacienţilor în întreaga lume (OMS)

În America, unele sisteme de asigurări refuză să plătească aceste infecţii, dacă ele puteau fi prevenite prin metode obișnuite (Medicare).

Infecţiile fungice invazive (IFI) rămân o cauză importantă de mortalitate și morbiditate. Candida este a patra cauză de sepsis în America și a șasea în Europa, iar candidoza invazivă e asociată cu 49% din decesele în sectoarele de terapie intensivă.

Aspergilllus reprezintă pericolul principal la pacienţii hematologici.

Cazurile de meningită criptococică sunt în număr de 625.000 și reprezintă o mortalitate de 80% în Africa subsahariană. Costurile unui caz de Aspergillus sunt estimate în SUA la 99.000 de dolari.

Infecţiile fungice invazive au crescut foarte mult în condiţiile:

- creșterii pacienţilor imunosupresaţi - în special pacienţii infectaţi cu HIV
- chimioterapie
- transplant
- utilizarea de metode invazive
- nutriţie parenterală

În datele Ministerului Sănătăţii, România are numărul cel mai redus din Europa de infecţii de acest tip - aproximativ 1%, deși programul Sentinel 2012 realizat în 5 Spitale de către Departamentul de control al Infecţiilor Nosocomiale din cadrul Institutului de Sănătate Publică a arătat o prevalenţă între 5 % -10%.

- Infecţiile tractului urinar-24%
- Septicemii-19%
- Pneumonii nosocomiale-15%
- Pneumonii associate ventilatiei mecanice s.a.-13%
- Infecţiile inciziilor chirurgicale-29%(sursa OMS)

În ceea ce priveste infectiile fungice, datele la nivelul României sunt insuficient documentate.

Sunt păreri care susţin creșterea infecţiilor fungice în condiţiile utilizării în ultimii 70 de ani a Penicilinei și antibioterapiei cu spectru extins, a utilizării cateterelor și spargerii barierelor naturale, a scăderii Microbiomului și modificării componenţei florei protective intestinale în ultimii ani.

Medicii din Terapie Intensivă, specialiștii în Boli Infecţioase care tratează cazurile împreună cu Epidemiologii și Medicii de Laborator văd riscurile spitalizarii prelungite în cazul unei infecţii intraspitalicești, unde PREVENŢIA este prima și cea mai la îndemână metodă.

Cauzele:

A.Managementul

- insuficienta cunoaștere a problemei de către conducerea spitalelor
- sistemele de protecţie, soluţiile și produsele diverse sunt deficitare, insuficiente, datorită scăderii bugetelor în general sau alocării insuficiente de fonduri în aceste zone

B.Personalul

- spălarea deficitară a mâinilor personalului datorită educaţiei deficitare, a preocupării, sau a presiunii crescute a ac-

tivităţii (personal insuficient coroborat cu activitatea).

- curăţarea superficială a mijloacelor de lucru (instrumente, dispozitive, suprafeţe), prin presiunea profesioniştilor de a reduce timpii de lucru, sau prin activitatea superficială, cu remanenţa materiilor organice şi implicit, crearea de biofilm.
- dezinfecţie cu soluţii în care nu se respectă diluţiile recomandate de producători şi nerespectarea protocoalelor de sterilizare
- reutilizarea dispozitivelor medicale de unică folosinţă, sau sterilizarea lor „la rece" cu substanţe dezinfectante, contrar recomandărilor medicale şi a producătorilor, cu bună ştiinţă din lipsa fondurilor, dar şi imposibilitatea de a-i recomanda pacientului să cumpere, interzisă de Ministerul Sănătăţii
- aparate care nu-şi schimbă filtrele corespunzător, devenind bombe biologice în sălile de operaţii
- spitale în reparaţie în care nu se respectă normele epidemiologice

C.Germenii:

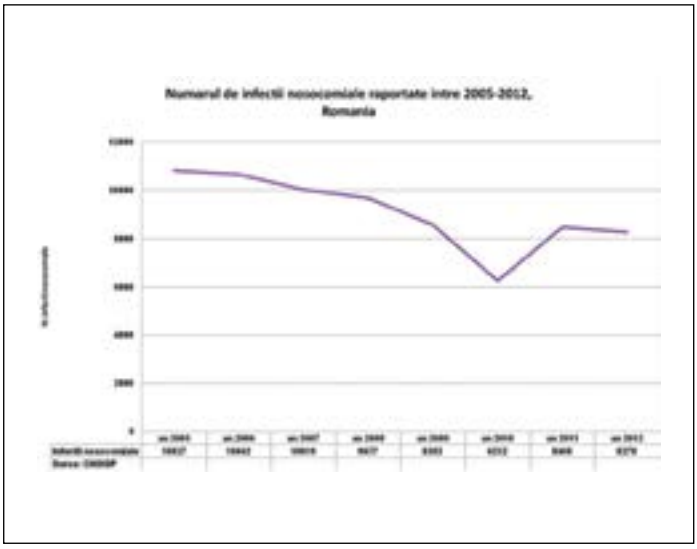
- dezvoltarea de germeni multidrog rezistenţi, extrem de agresivi în urma utilizării agresive a antibioterapiei, dar şi a dezvoltării sistemelor de apărare a germenilor
- utilizarea agresivă de antibiotice pre şi post operator doar din argumentul "pazei bune"
- resurse limitate de antibioterapie pentru germenii rezistenţi şi discontinuitate în administrare

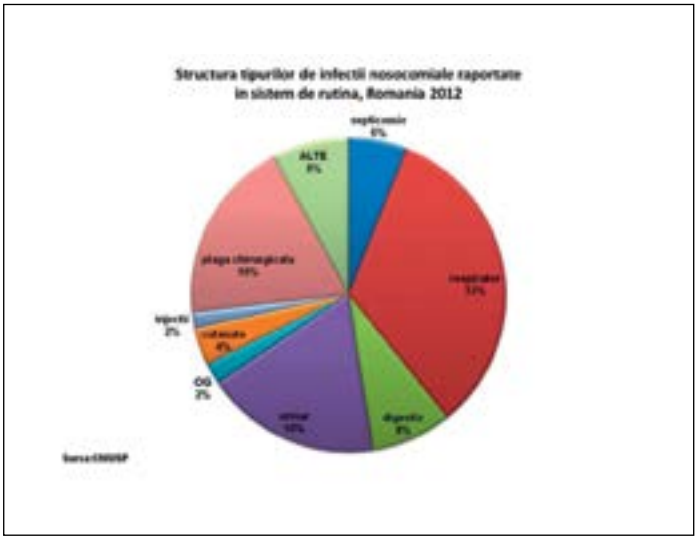
D. Dotările

- spitale în care materialele de curăţenie sunt primele sacrificate în detrimentul altor cheltuieli
- preocupările de reabilitare ar trebui să includă şi investiţii în tehnologii preventive
- laboratoare insuficient dotate pentru identificarea germenilor

E. Aparţinători:

- aparţinători care vin în contact cu persoanele internate, fiind purtători de germeni şi care transportă germeni fiind neprotejaţi
- programul de vizite extrem de permisiv după ultimele hotărâri ale Ministerului Sănătăţii – cresc factorii de risc prin lipsa disciplinei.
- mâncarea care necesită reîncălzire





Dr. Radu Agrosoaie

Tinereţe fără bătrâneţe! Ashwagandha Rasayan Tab, tonic şi stimulent general

Ingrediente

Withania somnifera, Chlorophytum arundinaceum, Asparagus racemosus, Gumma acacia.

Ashwagandha Rasayan Tab este un supliment alimentar ayurvedic imunostimulator și reîntineritor, folosit în caz de epuizare pentru a întări organismul. Withania somnifera (Ashwagandha), conţinut în Ashwagandha Rasayan Tab (cunoscut sub numele de Ginseng Indian) are o reputaţie tradiţională ca tonic sau plantă adaptogenă cu mai multe acţiuni, nespecifice, care contracarează efectele stresului și promovează, în general, bunăstarea fizică și mentală a corpului.

Ashwagandha Rasayan Tab ajută la refacerea neurotransmiţătorilor din creier și, prin urmare, ajută la eliminarea tulburărilor psihice, precum și a celor legate de vârsta înaintată. Withania somnifera în ASHWAGANDHA RASAYAN TAB își exercită efectele sale medicinale prin lactonele steroidale și alcaloizii conţinuţi. Acestea acţionează ca precursori hormonali care pot fi utilizaţi de organism pentru a converti în hormoni umani fiziologici atunci când este cazul. Glicozidele din Withania somnifera (sitoindozide VII si VIII) au o semnificativă activitate antistres. Potrivit cercetărilor, ingredientul activ Withaferine-A ia parte la activităţile antibiotice și antitumorale.

Ashwagandha Rasayan Tab are proprietatea adaptogenă care ajută la îmbunătăţirea capacităţii organismului de a face faţă / rezista efortului fizic și pregăteşte corpul pentru a înfrunta diferite tipuri de stres. Ashwagandha este cunoscută ca o planta revitalizantă care asigură o nutriţie corespunzătoare a ţesuturilor, în special a muşchilor și a oaselor, sprijinind în același timp funcţionarea corespunzătoare a glandelor suprarenale și a sistemului reproducator.

Ashwagandha Rasayan Tab poate fi utilizată atât de către bărbaţi cât și de către femei și are efect calmant asupra sistemului nervos, generând un somn odihnitor. Ashwagandha Rasayan Tab previne sau reduce dezechilibrele care pot duce la boli, fie din subnutriţie, din lipsa de somn, stres mental ori fizic sau cauzate de toxinele chimice din mediul înconjurător.

Ashwagandha Rasayan Tab determină cresterea numărului de celule albe din sânge și pregăteşte corpul pentru a produce antigeni împotriva diferitelor infecţii și alergii.

Ashawagandha, în combinaţie cu Chlorophytum arundinaceum, conferă proprietăţi puternic afrodisiace, și ajută îmbunătăţirea funcţiilor sexuale.

Proprietăţi

Proprietate antitumorală - îmbunătăţeşte proliferarea limfocitelor, a celulelor măduvei osoase și a timocitelor la răspunsurile mitogenilor în tumoare. Withania conţinută în ASHWAGANDHA RASAYAN TAB cauzează blocarea G2 și a mitoticelor în celulelor umane de cancer de sân. Withania somnifera are efecte antiproliferare asupra celulelor umane de cancer de sân. (studiu efectuat la Universitatea din Pittsburgh Cancer Institute din Statele Unite ale Americii).

Proprietate cardio-protectoare - datorită efectelor sale hipotensive, determină acţiunea de blocare a ganglionilor autonomi și acţiunea de sedare a centrilor cerebrali superiori.

Este un tratament adjuvant la pacienţii cu diabet - Withania somnifera susţine funcţia tiroidei, ficatului și pancreasului, de asemenea scade nivelul zahărului din sânge și reduce activitatea radicalilor liberi în pancreas.

Proprietatea antioxidantă - creşte nivelul de enzime antioxidante, a superoxid - dismutazei, catalazei și glutation peroxidazei în creier (Glycowithanolide). O creştere a acestor enzime prin tratamentul cu ASHWAGANDHA RASAYAN TAB corespunde unei creşteri a activităţii antioxidante și un efect protector asupra ţesuturilor neuronale.

Superioritatea faţă de Panax ginseng - Withania somnifera are un avantaj faţă de Panax ginseng, în sensul că nu pare să ducă la sindromul abuzului de ginseng, o afecţiune caracterizată prin creşterea tensiunii arteriale, retenţia de apă, tensiune musculară și insomnie.(Withania somnifera Monografia - Medicina Alternativa Review volum 9, Numarul 2 2004). Din cauza acestui motiv, Panax ginseng nu poate fi utilizat cu uşurinţă în pediatrie. ASHWAGANDHA RASAYAN TAB poate fi utilizată de către copii și adolescenţi fără a avea efecte secundare.

Indicaţii:

- ajută la combaterea anxietăţii, oboselii, și stresului.
- contribuie la refacerea corpului după boli infecţioase.
- ajută la stimularea imunităţii.
- ca adjuvant în terapia anti-tumorală.

2014

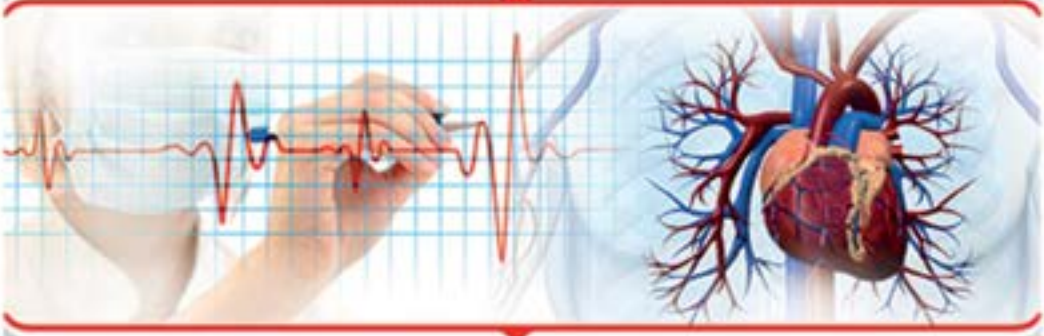
18 Puncte CMR*

*număr de credite obținut la ediția precedentă

conferința națională de

CARDIOLOGIE ÎN MEDICINA GENERALĂ

BUCUREȘTI, 11 - 14 iunie 2014,
Crystal Pallace Ballrooms



NOU: În cadrul conferinței va avea loc un curs interactiv cardiolog - medic de familie.

Beneficiați de înscriere cu taxă redusă -30% până la data de 30 aprilie 2014

Înscrieri si detalii pe:
WWW.MEDICA.RO

SOCIETATEA ROMANA DE GINECOLOGIE ENDOCRINOLOGICA
ACADEMIA DE STIINTE MEDICALE DIN ROMANIA

AL VIII-LEA CONGRES AL SOCIETATII ROMANE DE GINECOLOGIE ENDOCRINOLOGICA

CU PARTICIPARE INTERNATIONALA

SRGEVIII

SANUL - DE LA PUBERTATE LA POSTMENOPAUZA
TIROIDA SI REPRODUCEREA UMANA
OVARIAN AGING

CURSURI PRECONGRES (GRATUITE)
joi, 12 iunie orele 10-13
Actualitati in ginecologia endocrinologica
Actualitati in ginecologia pediatrica si a adolescentei

12-14 IUNIE 2014
BUCURESTI

HOTEL RAMADA PARC
Bd. Poligrafiei nr. 3-5, sector 1

INVITATI:

Profesor Doctor ANDREA GENAZZANI
Presedintele Societatii Internationale de Ginecologie Endocrinologica

Profesor Doctor JOSEPH SCHENKER
Presedintele Academiei Internationale de Reproducere Umana

Societatea Romînă de Ginecologie Endocrinologică