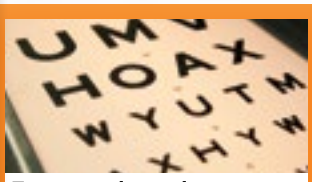
166
FIN WATCH
săptămâna MEDICALA
Anul IX ▪ Nr. 166 ▪ Iunie 2013

intel pentru sănătate

Bucură-te de soare în siguranță!

DIN SUMAR

Copilul nostru vede bine? 6
Alergiile oculare 14
Dermatita atopică la copii 20



Tratamentul actual în retinopatia diabetică Pag 8

Supervizarea Audioprotezării pediatrice Pag 16

Apiterapia în tratamentul bolilor infecțioase Pag 31

2nd Congress of the Romanian Association of Medical Laboratories with International Participation

In collaboration with
The Romanian Society of Microbiology
The Romanian Society of Hematology
University of Medicine and Pharmacy „Gr. T. Popa" Iaşi
University of Medicine and Pharmacy Tîrgu Mureş

Under the auspices of IFCC and EFLM

5 - 8 June 2013, Braşov

Congress topics

- Diagnosis and monitoring in acute leukemias
- New insight in laboratory diagnosis of chronic lymphoproliferative syndrome
- Clinical applications of immunological investigations
- Genetic analyses – from genome to gene and back
- Biomarkers for diseases with high incidence and major prevalence
- Molecular methods in microbiology. New trends in microbiology laboratory investigation
- Standardization of antimicrobial susceptibility testing
- Present resistance to antibiotics
- Quality indicators in the preanalytical phase of clinical laboratory tests
- Standardization and harmonization of medical laboratory activities
- Scientific writing and publishing ethics

Contact

Assistant professor Didona Ungureanu, Mobile: 0726 343 662.
Dr. Chim. Ileana Funduc, Phone/ Fax: +40 21 340 7668, Mobile: +40 724 210 670.

www.raml-conference.ro

Reîncarnează-te ca donator!

Este dovedit că transplantul ca metodă terapeutică salvează vieţi.

S-au făcut progrese mari şi la noi. S-au creat structurile şi s-a aliniat legislaţia. Avem Agenţia Naţională de Tranplant, Asociatia Profesională a Transplantologilor - Romtransplant, Registrul Naţional al Donatorilor Voluntari, Asociaţia Pacienţilor Transplantaţi şi de câţiva ani avem Programe Naţionale de Transplant.

Legislaţia privind regimul prelevării de organe este conformă cu cerinţele europene.

Din punct de vedere operativ, în România funcţionează azi 11 centre de transplant şi s-ar putea ajunge la 50 de centre de excelenţă implicate în activităţi de transplant. Cu excepţia transplantului cardio-pulmonar, în ţară avem capacitate tehnică şi medici competenţi pentru toate tipurile de transplant.

Donarea de organe este o problemă în toată lumea, reflectată în liste de aşteptare a căror lungime depinde în principal de numărul de donatori şi de mărimea fondurilor de finanţare a operaţiilor de transplant, care sunt deosebit de complexe şi costisitoare.

În toate ţările finanţarea transplanturilor este mult sub necesar, nu numai în România, doar că la altă scară. Ca ordin de mărime, în prezent, avem peste 1000 de pacienţi pe liste de aşteptare pentru transplant de rinichi din care anul acesta vor fi rezolvaţi doar un sfert.

Dacă în 2010, România avea puţini donatori, ca principală cauză a numărului redus de transplanturi, acum avem donatori peste media europeană iar blocajul este dat de lipsa de fonduri. Din fericire, ultimii ani au dus la o solidarizare a românilor în faţa suferinţei, cel puţin 70% dintre rudele celor aflaţi în moarte cerebrală acceptând azi prelevarea de organe.

Mai buna "aprovizionare" a băncilor de organe face ca mulţi pacienţi să poată fi rezolvaţi în ţară, acest lucru aducând economii importante. Un transplant care la noi costa 40.000 euro, în străinătate depăşeşte 120.000. Medicii şi pacienţii speră totuşi că se vor revizui bugetele pe 2013, acum când organe există. Deja în primele 4 luni din acest an s-au realizat grefe cât în tot anul 2012.

Călin Mărcușanu

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Bucură-te de soare în siguranță!.....4
Copilul nostru vede bine?.....6
Tratamentul actual în retinopatia diabetică 8
Examinarea oftalmologică pediatrică - explicată părinților 11
Screeningul și educația oftalmologică în copilărie și adolescență 12
Alergiile oculare.....14
Supervizarea Audioprotezării pediatrice: Aspecte Inovatoare (I).....16
Infecțiile din sfera ORL - cauză frecventă în apariția pneumoniilor la copii.....19
Dermatita atopică la copii.....20
Malformațiile cardiace congenitale...22
O armă contra infecțiilor pielii și a mucoaselor!.....23
Protecția solară la copii.....24
Cum știu dacă este destul ceea ce știu?.....26
Apofizita tibială anterioară sau maladia Osgood-Schlatter.....28
... și „Bebelușii" au nevoie de kinetoterapie.....30
Apiterapia în tratamentul bolilor infecțioase.....31
Creșterea imunității cu ajutorul produselor naturale 32
Copiii au nevoie de vitamine?.....34

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

Bucură-te de soare în siguranță!

Soarele este într-o perioadă extrem de activă a unui ciclu solar de 11 ani, urmând să atingă un maxim de activitate mai târziu în acest an. Acest aspect, combinat cu sosirea prematură a anotimpului cald, atrage încă odată atenția asupra importanței protecției solare adecvate și asupra respectării unor reguli elementare care să ne protejeze de efectele nocive ale radiației solare.

Soarele, indispensabil pentru sănătate

În ciuda riscurilor extrem de mediatizate, pe care nu trebuie să le ignorăm, expunerea la soare este indispensabilă sănătății. Potrivit unui studiu al Universității din Edinburgh, pe lângă importanța lor majoră în sintetizarea vitaminei D, razele solare reduc tensiunea arterială, riscul de atac de cord și prelungesc viața. Sub acțiunea razelor UV se eliberează oxidul de azot, o substanță ce are un rol important în scăderea tensiunii.

Pentru producerea vitaminei D, care este atât o vitamină cât și un hormon ce poate fi produs de organism, pielea trebuie expusă la raze UV-B pentru o perioadă de circa 10 minute, în zilele de vară.

Iarna, chiar și în zilele însorite, razele UV-B penetrează cu greu atmosfera, astfel încât se recomandă suplimentarea alimentației cu alte surse de vitamina D. Trebuie să mai țineți cont că razele UV-B nu penetrează sticla, astfel încât condusul sau statul în spatele unei ferestre nu aduc nici un beneficiu în acest sens.

Se estimează că circa 40-75% din populație are deficiențe de vitamina D, iar efectele se resimt la nivelul întregului organism. Vitamina D asigură buna funcționare a inimii, sănătatea oaselor, reduce riscul de cancer, atac cerebral, diabet și boli autoimune.

Siguranța, pe primul loc

Dincolo de efectele benefice, expunerea la soare, în special în cazul în care nu folosiți o protecție adecvată, cauzează îmbătrânirea prematură a pielii și, mai grav, crește semnificativ riscul de producere a melanomului, cea mai mortală formă de cancer de piele.

Ce înseamnă însă protecție adecvată? În primul rând putem vorbi despre respectarea câtorva reguli elementare cum ar fi evitarea orelor „periculoase" (11 am – 16 pm), atunci când radiația solară este extrem de puternică, protejarea capului cu o pălărie și a ochilor cu ajutorul ochelarilor de soare și hidratarea suficientă.

Cel de-al doilea aspect ține de aplicarea unei creme adecvate ce are rolul de protecție împotriva razelor periculoase. O cremă potrivită include atât protecție UV-A cât și UV-B și are un factor de protecție solară (FPS sau SPF) de peste 12. Majoritatea utilizatorilor vor fi protejați de o cremă cu FPS 30, aplicată corect și reîmprospătată odată la două ore.

Povestea indicatorului FPS este una complexă, tot mai multe companii fiind tentate să afișeze o cifră cât mai ridicată (adesea de peste 50), pe produsele lor, sperând că această strategie va crește încrederea clienților în produse. Din păcate atunci când aplici o cremă cu FPS 100 sau chiar 150 tinzi să uiți de timpul petrecut în soare, considerând că o protec-

Otilia Câmpan
Consultatnt Dermocosmetic
www.farmacia3.ro

ţie atât de ridicată elimină orice risc. Acest lucru nu este însă nici pe departe adevărat. Potrivit dermatologilor, diferenţele dintre o cremă FPS 50 şi una FPS 100 este neglijabilă. Dacă prima te protejează de 97% dintre razele nocive, a doua va creşte protecţia la 98.5%.

Un alt aspect ce trebuie luat în considerare este tipul de protecţie UV oferit de produs. Există două tipuri de filtre UV: cele chimice, utilizate de majoritatea produselor de pe piaţă (acestea inhibă receptorii de la nivelul pielii, astfel încât aceasta nu se înroşeşte şi nu se arde), şi filtrele minerale, ca oxidul de zinc, mica sau dioxidul de titan, ce aderă la suprafaţa pielii şi acţionează ca un ansamnblu de oglinzi miniaturale ce reflectă razele solare. Protecţia oferită de filtrele UV minerale este una completă şi, mai important, fără efecte adverse.

Pericolul solarelor

Nici o discuţie despre protecţia solară nu trebuie să omită o avertizare legată de pericolul mersului la solar. Cei de la IARC (International Agency for Research on Cancer) au analizat 19 studii internaţionale iar concluzia a fost evidentă – utilizatorii de solare (femei şi bărbaţi de toate vârstele) au un risc crescut cu minim 15% de a dezvolta melanom. Mult mai grav, în cazul celor ce folosesc solarele la vârste de sub 35 de ani, riscul de melanom creşte cu 75%.

Copilul nostru vede bine?

Dr. Monica Apostolescu
Medic specialist oftalmolog,
Clinica AMA Optimex
www.amaoptimex.ro

Atunci când sunt mici, copiii nu pot aprecia singuri dacă văd bine sau nu.

Care ar fi primele semnele care ar trebui să ne ridice semne de întrebare legate de vederea copilului nostru:

- devierea unuia sau a ambilor ochi;
- prezenta pupilei albe;
- înroşirea ochilor, dureri oculare;
- poziţia prea aproape de ochi a jucăriilor;
- clipirile dese; strânsul ochilor;
- lăcrimare; sensibilitate la lumină.

Indiferent de vârsta copilului, în prezenţa acestor semne, copilul trebuie adus la un examen oftalmologic (chiar de la câteva luni de viaţă).

Chiar dacă nu observă nimic anormal la copilul lor, părinţii ar trebui să aducă copiii la primul control nu mai târziu de vârsta de 3 ani. Acest lucru trebuie făcut pentru că există situaţii când cei doi ochi arată normal, dar unul dintre ei este mai slab, iar copilul vede practic doar cu un singur ochi, fără ca el să îşi dea seama de acest lucru . Primul control ar trebui făcut chiar mai devreme de 3 ani dacă există în familie antecedente de boli oculare (ex.părinţii purtători de ochelari, boli retiniene etc.).

Afecţiunile frecvente care afectează vederea copiilor

În primul rând, vorbim despre viciile de refracţie cum ar fi miopia (copilul vede bine aproape, dar nu vede la distanţă); hipermetropia (când nu vede bine nici de aproape, dar nici la distanţă), astigmatismul (copilul nu vede imaginile corect). În toate aceste situaţii, corectarea vederii se face prin purtarea de ochelari.

Ambliopia (ochiul leneş) se instalează de obicei atunci când un ochi vede bine, iar celălalt vede slab, fie din cauza unei dioptrii mari (prin miopie, hipermetropie sau astigmatism), fie din cauza existenţei unui obstacol în calea axului vizual (ex.cataracta congenitală). Ca tratament, în prima situaţie se recomandă purtarea ochelarilor corespunzători, în cea de-a doua situaţie se recomandă cât mai curând îndepărtarea chirurgicală a obstacolului. În ambele situaţii, trebuie făcute ulterior exerciţii de dezambliopizare (adică se acoperă ochiul bun şi este „pus la treabă" ochiul leneş). Ritmul şi perioada de acoperire (ocluzie) depind de cât de profundă este scăderea de vedere şi de vârsta copilului. Cu cât mai devreme se descoperă ambliopia şi se începe procesul de stimulare vizuală a ochiului slab, în tentativa de recuperare a vederii, cu atât rezultatele sunt mai bune.

Strabismul reprezintă deviaţia unuia sau a ambilor ochi spre nas (strabism convergent) sau spre în afară (strabism divergent). Dincolo de inconvenientul estetic, prezenţa strabismului împiedică dezvoltarea normală a vederii. În această situaţie, fie copilul vede mai

bine cu un ochi (cel care are poziţie normală) decât cu celălalt (deviat), fie are vedere alternantă (vede pe rând, cu cei doi ochi, care au alternativ poziţie deviată). Corectarea strabismului se face în prima etapă prin purtarea permanentă de ochelari (dacă există un viciu de refracţie), folosind și lentile prismatice, însoţite sau nu de acoperirea (ocluzia) ochiului cu vedere mai bună, în situaţia când există și ambliopie. Dacă în urma acestor tentative, ochii nu își ameliorează poziţia, se recurge la intervenţie chirurgicală. Există situaţii când operaţia este recomandată încă de la început (în formele de strabism congenital cu unghi mare, care debutează sub 6 luni).

De ce să aducem copilul la oftalmlog cât mai devreme?

Vederea normală, binoculară presupune o acuitate vizuală bună, egală a celor 2 ochi, alinierea axelor acestora, o mișcare coordonată a lor. Afectarea oricăruia dintre aceste elemente, are repercusiuni pe termen lung asupra vederii. Vorbim despre o vedere normală atunci când imaginea unui obiect este percepută simultan de cei doi ochi ca o imagine unică, tridimensională; de asemenea, presupune aprecierea corectă a distanţelor și a obiectelor în mișcare.

Vederea binoculară se formează în primii ani de viaţă (până la 5-7 ani) și de aceea este foarte important să acordăm atenţie maximă dezvoltării vederii copilului nostru în această perioadă. Cu cât defectele de vedere sunt depistate mai devreme, cu atât ele pot fi mai uşor corectate, cu efecte benefice asupra evoluţiei ulterioare a vederii.

Măsurarea dioptriilor la copii se poate face chiar sub vârsta de 1 an, cu un aparat special numit **Plusoptix,** și atunci când este necesar, copiii pot purta ochelari chiar de la această vârstă, ei având o capacitate de adaptare surprinzător de bună.

În cazul prezenţei ambliopiei, purtarea ochelarilor adecvaţi însoţită de ocluzie pentru a încerca recuperarea vederii la ochiul leneș este, de asemenea, foarte important să se facă devreme. Scopul este ca cei doi ochi să ajungă să aibă vedere egală, cât mai curând, permiţând astfel dezvoltarea vederii binoculare.

După vârsta de 7 ani, corectarea defectelor de vedere se face din ce în ce mai greu și este aproape imposibil de realizat după 9-10 ani.

În concluzie, este important să aducem copilul la oftalomolog imediat ce observăm oricare dintre semnele de mai sus, iar dacă nu observăm nimic, preventiv, e bine să îl aducem la un control începând de la vârsta de 3 ani.

Tratamentul actual în **retinopatia diabetică**

Dr. Cristina David
medic primar oftalmolog
Clinica Oftalmologică Novaoptic Suceava
cristina@novaoptic.ro

În cadrul Clinicii Oftalmologice NOVAOPTIC Suceava funcționează Departamentul „**Ochiul diabetic**" în care efectuăm investigații complexe de diagnostic, tratament LASER și injecții intravitreene pentru retinopatia diabetică. Echipa medicală formată din dr. Ioana Poiată, dr. Corina Lupașcu, dr. Angela Buznean, dr. Cristina David – diagnostichează și tratează anual sute de cazuri de retinopatie diabetică din județele Suceava, Botoșani, Neamț, Iași.

Retinopatia diabetică este o complicaţie frecventă a diabetului, care are o prevalenţă de peste 33% printre pacienţii diabetici. În ţările dezvoltate, retinopatia diabetică este principala cauză de orbire la persoanele între 20 și 65 ani. Datele statistice recente arată că majoritatea pacienţilor cu o vechime a diabetului de cel puţin 20 de ani dezvoltă retinopatie diabetică. Dintre aceştia, 5,6% prezintă edem macular clinic semnificativ, iar 7,9% prezintă retinopatie diabetică ce ameninţă grav vederea.

Retinopatia diabetică are 2 forme distincte: forma neproliferativă și forma proliferativă. Edemul macular este o complicaţie care poate apărea în fiecare din cele 2 forme.

Factorii de risc pentru progresia retinopatiei diabetice sunt reprezentaţi de tipul diabetului zaharat, durata diabetului și controlul metabolic de-a lungul anilor. Hipertensiunea arterială, dislipidemia, afectarea renală, anemia, fumatul, consumul exagerat de alcool constituie factori de risc suplimentari pentru agravarea retinopatiei diabetice.

Cea mai bună metodă pentru prevenirea orbirii este diagnosticul retinopatiei diabetice și tratamentul leziunilor care pun în pericol vederea, înainte ca acuitatea vizuală să fie afectată. Acest obiectiv poate fi atins doar prin screening corect și eficient. Protocolul screeningului include anamneza, cu depistarea factorilor de risc, determinarea acuităţii vizuale, presiunea intraoculară și examinarea fundului de ochi pe pupila dilatată, cu ajutorul lentilelor non-contact (Volk78D) și fotografia digitală a retinei. Această examinare este obligatorie pentru orice pacient

Fig.1 Fotografie FO: Retinopatie diabetică neproliferativă cu edem macular diabetic

în momentul diagnosticării diabetului și trebuie repetată anual.

În cazul depistării retinopatiei diabetice, frecvența controalelor oftalmologice depinde de prezența factorilor de risc și complianța pacientului. Având în vedere faptul că retinopatia diabetică nu produce simptome vizuale atât timp cât aria maculară nu este implicată sau nu au apărut complicații ale retinopatiei proliferative – situație în care scăderea acuității vizuale poate fi ireversibilă, subliniem că monitorizarea retinopatiei diabetice trebuie să fie un proces activ. Progresia bolii trebuie urmărită printr-o examinare oftalmologică completă, la intervale programate, scopul fiind inițierea terapiei LASER atunci când stadiul retinopatiei o cere. Numai în acest mod, printr-o colaborare strânsă între pacient și medicul său, se poate izbândi în lupta cu această complicație redutabilă, victoria fiind reprezentată de conservarea acuității vizuale, atât de utilă desfășurării unei vieți normale.

O investigație deosebit de utilă în diagnosticarea retinopatiei diabetice este tomografia în coerență optică (OCT). În Clinica NOVAOPTIC utilizăm din 2010 tomograful în domeniul spectral 3D RTVUE.

OCT pune în evidență 5 pattern-uri distincte ale edemului macular diabetic: îngroșarea retiniană cu aspect spongios, edemul macular cistoid, decolarea seroasă a retinei, decolarea retiniană foveală tracțională și tensionarea membranei hialoide posterioare.

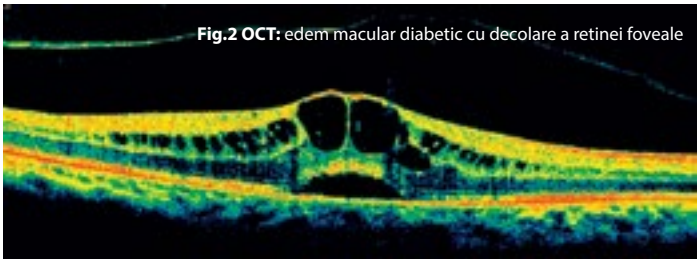


Fig.2 OCT: edem macular diabetic cu decolare a retinei foveale

Edemul macular este una din principalele cauze de scădere a vederii la diabetici. Sunt mai multe tipuri de edem macular. După întindere, se clasifică în edem focal și edem difuz.

După mecanismul formării edemului retinian, se mai descriu edemul ischemic (prin distrugerea microcirculației retiniene foveale) și edemul prin tracțiune, în care o membrană epiretiniană se pliază și deformează suprafața retinei, dezorganizând structura acesteia. În stadiile avansate ale edemului macular, în retină apar microchişti; lichidul intraretinian poate trece subretinian, decolând stratul fotoreceptorilor.

Dacă edemul macular devine semnificativ clinic (îngroșarea retinei se întinde mai aproape de 500 µm de centrul maculei) atunci se indică începerea tratamentului chiar dacă acuitatea vizuală nu e afectată.

Tratamentul edemului focal este prin fotocoagularea directă cu laserul a microanevrismelor. Fotocoagularea determină la 3 ani o reducere cu 50% a riscului de pierdere moderată a vederii. De asemenea, în tratamentul laser există 20% din pacienți care câștigă o creștere moderată a vederii (până la 15 litere).

În edemul difuz se aplică o fotocoagulare în grilă, dar eficacitatea laserului este mai redusă și chiar există cazuri în care edemul este refractar la fotocoagularea laser în grilă.

Date tot mai numeroase din literatură subliniază caracterul mai puțin distructiv al tratamentului subthreshold cu Laserul micropuls, comparativ cu Laserul termal convențional. Deși reducerea intensității Laserului în aplicarea subthreshold-ului scade efectele negative ale fotocoagulării termale, este necesară o creștere compensatorie a densității trata-

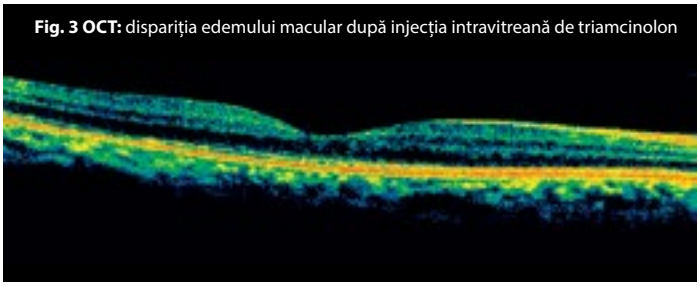


Fig. 3 OCT: dispariția edemului macular după injecția intravitreană de triamcinolon

mentului. Aplicarea în grilă, cu densitate mare, a acestui tratament subthreshold are rezultatele cele mai bune.

De aceea, s-au încercat și alte metode de reducere a edemului difuz. Toate studiile efectuate au arătat o scădere importantă a edemului retinian și a grosimii retinei după injecția de triamcinolon (4mg). S-a constatat că triamcinolonul are efecte pozitive asupra neuropatiei diabetice, asupra edemului microchistic, a edemului ischemic, scade decolarea seroasă a retinei și nu influențează glicemia. Tratamentul trebuie să fie cât mai precoce pentru a preveni defectele structurale ireversibile.

Studiul DRCR net (Diabetic Retinopathy Clinical Research network) compară fotocoagularea Laser cu triamcinolon intravitrean. Deși în primele luni acuitatea vizuală este mai bună la prima injecție, se pare că în timp fotocoagularea are efecte mai bune și reacții adverse mai puține decât triamcinolonul. Cea mai mare rată de succes pe termen lung o are tratamentul combinat: LASER + triamcinolon sau LASER + Avastin.

Un alt studiu al DRCR net evaluează efectul asupra acuității vizuale și a grosimii retinei pentru ranibizumab (Lucentis – un inhibitor de factor endotelial de creștere), singur sau în asociere cu laserul (aplicat prompt sau după 6 luni), în comparație cu laserul singur sau triamcinolon cu laser prompt. Se evidențiază o bună corelație între grosimea retinei și acuitatea vizuală. Se observă o scădere progresivă a grosimii retinei în cursul celor 2 ani după laser, dar acuitatea vizuală nu mai crește după primul an. Se pare că în primul an, creșterea acuității vizuale a fost statistic semnificativ mai mare în grupul ranibizumab cu laser față de laser singur sau triamcinolon cu laser. O ușoară diferență se menține și după 2 ani, se presupune că și datorită cataractei în grupul cu triamcinolon. Dar, trebuie avut în vedere că inhibitorii de factori endoteliali de creștere dau în diabet o rată mai mare a accidentelor vasculare cerebrale, a infarctului de miocard sau a hipertensiunii arteriale necontrolate.

În concluzie

Există o tendință marcată ca tratamentul edemului macular să combine fotocoagularea laser cu injecțiile intravitreene de corticosteroizi sau inhibitori VEGF (la noi în țară se utilizează off label Avastin).

O noutate o reprezintă OZURDEX, implant intravitrean de 0,7mg dexametazonă care reduce edemul macular pe termen lung, evitând efectele secundare importante ale triamcinolonului, respectiv creșterea tensiunii intraoculare și formarea cataractei.

Examinarea oftalmologică pediatrică - explicată părinților

Un părinte grijuliu cu sănătatea copilului trebuie să verifice dacă micuțul are o problemă de vedere sau când ar trebui să aibă primul control oftalmologic. Este foarte important, deoarece între 5 și 10 % dintre preșcolari și 25% dintre copiii de vârsta școlară au probleme de vedere.

Identificarea precoce a problemelor vizuale este crucială, deoarece copiii răspund la tratament mai bine la o vârstă fragedă. Primul control trebuie să se desfășoare în jurul vârstei de 6 luni. Următoarele verificări sunt la vârsta de 3 ani și înainte să înceapă prima clasă – la 5 sau 6 ani. Copiii de vârstă școlară trebuie examinați la fiecare doi ani, pentru a se vedea dacă au nevoie de corecție optică; cei care poartă ochelari trebuie să facă control anual.

Prima oară la oftalmolog

Încă din maternitate medicul neonatolog face o examinare a ochilor copilului, în cadrul examenului clinic general, examinare reluată de pediatru la prima vizită. Examinarea amănunțită a ochilor de către oftalmolog se face la orice vârstă și nu este cazul să așteptăm vârsta de 3 ani pentru primul control, și nici nu este bine să lăsăm „problema să treacă de la sine" doar prin înaintarea în vârstă.

La cabinetul oftalmologic, nu uitați să spuneți medicului despre următoarele (dacă este cazul):

- prematuritate
- dezvoltare motorie întârziată
- clipit excesiv
- frecarea frecventă a ochilor
- deviația ochilor („un ochi fuge")
- copilul a avut deja un control la care s-a identificat o problemă.
- Problemele oftalmologice din familie.

La examenul din primul an de viață se urmărește aspectul de ansamblu al ochilor, coordonarea mișcărilor și necesitatea de purtarea de ochelari. Sunt căutate de asemenea semnele unor afecțiuni importante - cataracta congenitală, glaucomul congenital.

Controlul de la vârsta preșcolară poate determina cu precizie acuitatea vizuală a copilului. Se folosesc optotipuri speciale cu simboluri - imagini familiare precum: măr, casă, pătrat, cerc. Se evaluează aspectul ochilor și al pleoapelor, se caută semne de deviere a ochilor, ptoza palpebrală (o pleoapă sau ambele prea coborâte), semne de iritare, ca înroșirea, edemațierea, secrețiile. Medicul examinează corneea, irisul și cristalinul pentru a căuta eventuale opacități. În această perioadă se mai pot trata afecțiuni precum strabismul, ambliopia (ochiul leneș) și discromatopsia.

Ambliopia - vederea nu se dezvoltă normal la unul dintre ochi. Are multiple cauze și apare fără să fie sesizată nici de copil nici de părinți. În lipsa tratamentului în mica copilărie, ambliopia nu se mai poate trata iar ochiul ambliop rămâne cu un defect vizual permanent sau cu o tulburare a percepției spațiale.

Strabismul - vederea încrucișată - este una dintre cauzele obișnuite de ambliopie și trebuie tratată imediat ce apare, în așa fel încât vederea și legăturile dintre cei doi ochi să se dezvolte firesc.

Discromatopsia reprezintă capacitatea de a distinge culorile.

Pentru copil, medicul oftalmolog examinează capacitatea de acomodare, percepția spațială și simțul cromatic, la fel ca pentru un adult.

Dr. Ilinca Drăgulescu
Medic specialist oftalmolog
Hyperclinica Medlife Favorit

Screeningul și educația oftalmologică în copilărie și adolescență

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

Oftalmopediatria este poate cea mai importantă ramură a oftalmologiei, deoarece de dezvoltarea vederii în timpul copilăriei depinde performanța vizuală în tot restul vieții.

Pe lângă cunoștințele vaste și temeinice, oftalmopediatrii trebuie să dovedească și o infinită răbdare și inventivitate pentru a depăși barierele de comunicare, emotivitatea și angoasele caracteristice fiecărei categorii de vârstă.

De mare ajutor în munca acestora sunt neonatologii, pediatrii , dar mai ales oftalmologii generaliști, care pot realiza un screening al populației de vârstă mică, din ce în ce mai facil datorită aparaturii moderne.

În primele luni de viață sunt de depistat afecțiuni severe: malformații, cataracta și glaucomul congenital, nistagmusul, strabismul, viciile de refracție mari și strabismele congenitale, retinopatia de prematuritate, etc. Blefaro-conjunctivitele recidivante pot indica o problemă destul de frecventă și ușor de rezolvat: perforația incompletă a canalului lacrimo-nazal.

Încă de la 6 luni se pot măsura, cu ajutorul autorefractometrelor pediatrice (ex. Plusoptix), viciile de refracție și deviațiile strabice. Investigația se realizează de la distanța de 1 metru, fără picături sau alt contact cu pacientul care stă confortabil în brațele mamei și a cărui privire este atrasă de zgomotul și lumina făcute de aparat. Completate cu examinarea fixației, a versiilor și vergențelor, a fundului de ochi, precum și, mai târziu, cu teste pentru sensibilitatea la contrast, vedere stereoscopică, teste cromatice și de acuitate vizuală, corespunzător vîrstei, aceste măsurători oferă informații suficiente pentru a decide doar urmărirea periodică, necesitatea corecției vizuale simple sau trimiterea mai departe către oftalmopediatru.

Consultațiile trebuiesc repetate anual sau mai des, în funcție de situația înregistrată. Strabismele și viciile de refracție, în special diferențele de dioptrii, pot determina ambliopie, adică scăderea calității imaginii unuia dintre ochi. Tratamentele optice, ortoptice și chirurgicale sunt adesea combinate pentru obținerea rezultatelor dorite, dar în toate cazurile intervenția mai precoce are perspective net superioare. Descoperirea ambliopiei după vîrsta de 9 ani nu permite de obicei o recuperare semnificativă a vederii ochiului leneș.

Apariția și folosirea pe scară largă a dispozitivelor electronice miniaturale și dezvoltarea comunicării virtuale a provocat la generația tânără o creștere semnificativă a numărului de miopi și a valorilor miopiei înregistrate, precum și apariția simptomelor și semnelor de uscăciune oculară, de tip evaporativ, prin scăderea ratei clipitului și reducerea secreției glandelor meibomiene. Este de aceea recomandabilă, de rutină, examinarea oculară cu coloranți vitali. Educația privind igiena vederii și în special privind folosirea computerelor, tabletelor și a telefoanelor inteligente, precum și tratarea uscăciunii este esențială pentru

menţinerea sănătăţii oculare pe termen lung.

Numărul de cazuri de alergii, inclusiv oculare, este de asemenea în creştere. Ele trebuie depistate şi tratate deoarece se pot asocia, în special datorită frecării frecării frecvente a ochilor, cu apariţia keratoconusului.

Este de dorit ca la aceste controale periodice să li se amintească părinţilor importanţa protecţiei oculare a copiilor împotriva radiaţiei ultraviolete, prin ochelari de soare cu filtru UV şi braţ lat şi pălării cu boruri sau cozoroc. Ei sunt mai expuşi, petrecând mai mult timp în aer liber şi având pupilele mai largi şi cristalinul mult mai transparent. Depleţia stratului de ozon şi geometria particulară a zonei orbitare duc la o expunere crescută a ochilor şi anexelor acestora pe toată durata zilei, aşa cum arată rezultatele recente ale studiilor internaţionale, iar efectul nociv al acestor radiaţii este cumulativ, depinzând de doză şi timpul de expunere. Pterigionul, pinguecula, cataracta şi degenerescenţele maculare sunt cele mai cunoscute afecţiuni legate de expunerea la ultraviolete şi reprezintă probleme de sănătate publică. Protecţia preventivă este cel mai simplu şi mai eficace mod de evitare a acestora.

Copiii nu ne atrag întotdeauna promt atenţia asupra problemelor care apar, de aceea este de datoria noastră, ca adulţi, părinţi şi specialişti, să îi controlăm periodic pentru a-i ajuta să se dezvolte optim vizual şi implicit, şcolar şi profesional.

Prima anchetă naţională incluzând explorarea funcţională spirometrică

„Studiul constituie o premieră în ţara noastră, atât datorită acoperirii naţionale, cât şi a completării datelor culese pe bază de chestionar cu evaluarea spirometrică a subiecţilor"a subliniat D-na Dana Farcasanu - directorul executiv al Centrului pentru Politici şi Servicii de Sănătate.

Acesta a fost realizat în perioada iulie-august 2011, pe 9.639 de persoane. Cercetarea s-a făcut în 2 etape: prima a constat în aplicarea unui instrument inspirat din chestionare utilizate în studii internaţionale similare, cum ar fi BOLD, PLATINO, ECRHS, instrument aplicat pe un eşantion populaţional reprezentativ la nivel naţional pentru populaţia în vârstă de 18 ani şi peste, iar a 2-a etapă prin evaluarea spirometrică a subiecţilor.

Prezentul studiu constituie primul demers structurat la nivel naţional de evaluare a prevalenţei BPOC în România, care a utilizat şi spirometria. Populaţia ţintă a fost reprezentată de adulţii de peste 40 de ani. Dintre aceştia, declarativ, 33% fumau, 30% prezentau dispnee de efort, 19% acuzau dispnee nocturnă, 18% aveau wheezing, 17% aveau tuse cu expectoraţie, minimum trei luni pe an, minimum 2 ani consecutiv, 15% acuzau sufocare, 10% făceau un tratament pentru probleme respiratorii şi 9% au declarat un diagnostic anterior de boli respiratorii. În total, 51% din populaţia de peste 40 de ani a fost identificată ca fiind la risc de BPOC.

Bărbaţii, mai slabi în faţa bolii: 23% din persoanele investigate cu spirometrie prezentau disfuncţie ventilatorie obstructivă, prevalenţa fiind mult mai ridicată în rândul bărbaţilor şi respectiv a persoanelor de 60 de ani şi peste.

Prevalenţa fumatului în rândul celor testaţi spirometric a fost de 61%, semnificativ mai mare la bârbaţi şi semnificativ mai redusă la grupa de vârstă 60 de ani şi peste.

Diagnosticul de BPOC a fost evidenţiat la 16% din cazuri, cu o proporţie semnificativ mai mare la bărbaţi (25%, faţă de 7% la femei) şi respectiv la grupa de vârstă 60 de ani şi peste (20%), fără diferenţe pe medii de rezidenţă.

Pe grupe de vârstă şi gen, prevalenţa BPOC a crescut semnificativ la vârsta de 60 de ani şi peste la bărbaţi şi a fost comparabilă la toate grupele de vârstă pentru femei. Analiza pe medii de rezidenţă şi gen a relevat prevalenţe comparabile pe medii la bărbaţi, dar o prevalenţă semnificativ mai scăzută la femeile din mediul rural, comparativ cu cele din urban, probabil indusă de prevalenţa mai redusă a fumatului la acest subgrup.

Alergiile oculare

Combinația dintre o iarnă destul de blândă și o primăvară deosebit de călduroasă a cauzat o înflorire prematură a plantelor și a copacilor, rezultatul fiind un nivel extrem de ridicat de polen în atmosferă. Acest lucru se traduce printr-un sezon cu un număr ridicat de cazuri de alergii – atât clasicele rinite alergice ce afectează sistemul respirator cât și conjunctivitele alergice, ce cauzează probleme la nivelul ochilor și sunt adesea trecute cu vederea.

Până acum nu am avut alergii. De ce au apărut tocmai acum?

Polenul din aer sau alte substanțe de regulă inofensive, pot fi identificate de sistemul imunitar ca elemente periculoase, caz în care organismul eliberează anticorpi IgE (Imunoglobulina E) iar celulele secretă histamină. Histamina la rândul ei dă startul procesului inflamator, rezultatul fiind simptomele clasice – strănut, nas înfundat, ochi roșii etc. Din păcate chiar și un sistem imunitar sănătos poate, după ani de expunere la alergeni, să devină hipersensibil și să dea startul simptomelor alergice.

Apariția alergiilor este favorizată și de nivelul în creștere al poluării, în special în mediul urban, precum și de modificările climatice sau ale vegetației (creșterea numărului de plante Ambrosia în special).

Conjunctivitele alergice

Acestea sunt printre cele mai întâlnite cazuri de alergii oculare şi sunt adesea însoţite de rinitele alergice.

Acestea apar de regulă primăvara şi toamna (conjunctivita alergică sezonieră), însă pot fi prezente şi în restul anului (conjunctivita perenă) în cazul în care persoana este alergică la alte substanţe prezente constant în mediu – praf, pene, mucegai, păr de animale.

Simptomele clasice sunt ochi roşii, iritaţi, senzaţie de mâncărime, pleoape umflate, lăcrimare excesivă, sensibilitate la lumină, cearcăne.

Alte tipuri de alergii oculare:

Conjunctivitele vernale - forme cronice ce apar de regulă în familii cu istoric de astm, eczemă, rinită.

Conjunctivitele giganto-papilare - cauzate de regulă de factori mecanici – frecarea conjunctivei de lentilele de contact, a pleoapelor de pernă sau de suturi chirurgicale.

Keratoconjunctivitele atopice – sunt de regulă asociate cu dermatitele atopice de la nivelul feţei şi pleoapelor

Spre deosebire de conjunctivitele cauzate de bacterii sau virusuri conjunctivitele alergice nu sunt contagioase. Tipul secreţiilor este şi el de regulă diferit, cele asociate în cazul infecţiilor bacteriene fiind de obicei de o consistenţă mai groasă.

Tratament

Vizita la un medic specialist în alergii vă va ajuta să identificaţi substanţele care cauzează probleme şi să evitaţi pe cât posibil contactul cu acestea. Doctorul vă va recomanda apoi o serie de tratamente, de la cele cu antihistaminice, care ameliorează şi simptomele rinitei alergice şi până la picături administrate local. În cazul în care problemele sunt mai grave se poate apela la tratament care constă în aplicarea de corticoizi locali. Durata acestuia trebuie însă monitorizată atent deoarece administrarea prelungită poate cauza glaucom sau cataractă.

Alte metode ce reduc disconfortul sunt aplicarea de comprese reci, ce reduc inflamaţia, utilizarea lacrimilor artificiale şi păstrarea unei igiene atente, ce va elimina alergenii.

Cei ce preferă o altă abordare pot apela de asemenea la tratamente bazate pe extracte gemoterapice sau produse homeopate.

Alimentaţia poate juca de asemenea un rol important în prevenirea şi ameliorarea simptomelor alergiilor. Cele mai importante sunt alimentele bogate în quercetina (citrice, usturoi, mere, brocoli), ce echilibrează secreţia de histamine, alimentele cu un plus de vitamina C, consumate proaspete, precum şi alimentele ce conţine acizi graşi omega-3 (somon, ton, macrou, nuci), ce reduc inflamaţia.

Adina Mutu
Farmacist farmacia3.ro

Prevenţia în sănătate – cine câştigă şi cine pierde în sănătate?

În 26 aprilie la Târgu Mureş s-a desfăşurat audierea publică privind importanţa şi impactul prevenţiei în sănătate, însumând circa 800 de opinii scrise, din 39 de judeţe ale ţării despre principalele măsuri care ar trebui prevăzute în strategia de prevenţie al Ministerului Sănătăţii.

42% dintre opiniile scrise au fost colectate de la cetăţeni, 36% de la cadrele medicale, dintre care 17% medici de familie.

Din perspectiva medicilor, principalele efecte benefice sunt:

- prevenţia primară (de exemplu imunizările, se adresează omului sănătos)
- prevenţia secundară (reducerea riscului la la pacienţii fără manifestări clinice, identificarea riscurilor de îmbolnăvire, depistarea bolilor în stadii incipiente)
- prevenţia terţiară (de evitare a complicaţiilor bolilor, printr-o atentă şi competentă monitorizare a acestora).

Principalele măsuri ce ar trebui prevăzute în strategia de prevenţie al Ministerului Sănătăţii sunt:

- programele de imunizări;
- depistarea factorilor de risc;
- consultaţiile preventive cu accent pe partea de educaţie şi igienă;
- screening pentru principalele grupe de risc

Supervizarea Audioprotezării pediatrice: Aspecte Inovatoare (I)

Pe măsură ce tehnologia și strategiile de adaptare a aparatelor auditive devine tot mai sofisticată, audiologii au nevoie de metode eficiente necesare asistării amplificării și corectării pierderilor auditive. Cercetările referitoare la eficiența opțiunilor avansate ale dispozitivelor auditive cum ar fi microfoanele direcționale și algoritmii de suprimare a zgomotului sunt limitate, mai ales în cazurile pediatrice. Nevoile de amplificare ale copiilor sunt diferite față de cele ale adulților, iar aceste necesități speciale ar trebui să fie punctul de pornire în deciziile noastre, ale specialiștilor, și anume care este tehnologia cea mai indicată. Din fericire, audiologii au la dispoziție o gamă largă de metode de verificare și evaluare ale impactului pe care îl au diferitele tehnologii ale sistemelor auditive asupra copilului.

O primă metodă este aceea a dovezilor bazate pe practica audiologului sau a clinicii. Această abordare cunoaște o tot mai mare pondere în ultimile decenii. Totuși, sunt puţini cei care susţin că nevoia argumentării deciziilor și strategiilor pe baza cercetărilor și transpunerea deciziilor conform ghidurilor de practici sunt încă limitate în sfera pediatrică. Ritmul de inovare tehnologică în industria producătoare de aparate auditive a depășit ritmul studiilor clinice și cercetărilor independente. La momentul publicării unor studii de eficacitate, dispozitivele în cauză pot prezenta modificări semnificative sau chiar să nu mai fie prezente pe piaţă. În plus, practica bazată pe dovezi a fost adesea considerat ca incluzând doar evaluarea de cercetare pre-revizuite publicate în reviste academice, uneori menţionate ca probe adiacente. Astfel, s-a evidenţiat că această practică ar trebui să cuprindă nu numai resurse externe, dar, de asemenea, trebuie să se bazeze pe experienţa și expertiza audiologului, precum și preferinţele unui pacient informat sau de familia acestuia.

O vedere mai largă de dovezi bazate pe practică este atunci când se evaluează orientarea pediatrică pentru proteze auditive sau implanturi cohleare. Disponibilitatea limitată a dovezilor externe combinate cu eterogenitatea persoanelor cu deficiențe de auz necesită o abordare flexibilă care beneficiază de date dintr-o mare varietate de surse. Se întâlnesc dificultăţi suplimentare în evaluarea strategiei și care poate fi perturbată de promovare excesivă și fără a avea la bază cercetări clinice independente, lucru datorat, așa cum am spus mai sus, de ritmului accelerat al inovaţiei. Această promovare nu reprezintă dovezi valide și echidistante.

Există publicaţii cum ar fi Journal of the American Academy of Audiology care în 2005 a evidenţiat starea studiilor efectuate în sfera pediatrică la acel moment. Astfel, Palmer and Grimes (2005) au făcut cercetări cu privire la eficienţa tehnologiei de procesarea a semnalului acustic în cazurile pediatrice. Pe baza unei revizuiri bine sistematizate a literaturii acelei perioade (Marriage & Moore, 2003; Jenstad et al., 1999), autorii au conchis că strategia de procesare a semnalului acustic WDRC (Wide Dynamic Range Compression), în traducere Compresie Dinamică în Domeniu Extins, determină o mai bună recunoaștere a vorbirii în condiţii de linişte și zgomot ambiental în cazurile pediatrice. Mai mult, copiii cu pierdere

de auz au nevoie de o mai bună audibilitate (Stelmachowicz et al., 2000) și o bandă frecvențială mai largă (Stelmachowicz, et al., 2002) pentru a atinge niveluri echivalente recunoașterii mesajului verbal în liniște față de copiii cu auz normal. Din 226 de studii cu potențial relevant, autorii au găsit doat un număr de 8 care să strângă suficiente puncte că să poată fi incluse în această revizuire.

Deși aceste studii asigură o importantă bază pentru clinicieni, dovezile sunt limitate cu privire la utilizarea altor opțiuni ale aparatelor auditive și a altor strategii de procesarea a semnalului acustic. Opțiuni cum sunt microfoanele direcționale, strategii de reducere a zgomotului determinat de microfon și diminuarea microfoniei sunt intens răspândite și la modelele de aparate auditive cu costuri medii și ca și consecință fericită pot fi adoptate în strategiile pediatrice. Dezvoltările tehnologice și tendințele ulterioare cum ar fi piesele anatomice de ureche deschise (OPEN) și difuzoarele/căștile/receiver-ele în conduct (RITE – Receiver-In-The-Ear/RIC-Receiver-In- Canal) prezintă o incidență crescândă și deci o creștere a popularității, fiind utilizate, astfel, și de copii. Mulți audiologi au fost chestionați dacă aceste noi dispozitive sunt adecvate copiilor, și dacă da, care sunt metodele ce pot fi utilizate pentru verificarea eficienței acestora. Din nefericire, ghidurile sau diferitele forme de validare nu sunt facile audiologilor și nu îi determină să ia decizii în acord sporit

Având în vedere disponibilitatea limitată a datelor privind utilizarea acestor funcţii avansate în sfera pediatrică, fiecare audiolog are responsabilitatea de a verifica metodă de adaptare a aparatului auditiv cu scopul de a colecta deovezi eficiente care nu reprezintă întotdeauna o sursă universal valabilă a strategiei pediatrice. Scopul acestui articol este de a propune o abordare bazată pe dovezi pentru verificarea tehnologiilor avansate la copiii uitlizatori de aparate auditive. Orice protocol de verificare a protezării pediatrice auditive ar trebui să fie practic şi informativ, să demonstreze că toate caracteristicile avansate reglajului auditiv funcţionează în mod corespunzător, şi să evalueze gradul în care aceste caracteristici afectază accesul copilului la adoptarea limbajului.

Scopul principal al intervenţiei precoce şi a corectării auditive la copiii cu pierdere de auz este de a se îmbunătăţii vorbirea şi aptitudinile de limbaj. Prin urmare, piatra de temelie a verificării audioprotezarii pediatrice este reprezentată prin faptul că mesajul verbal adresat utilizatorului este audibil în totalitate cu ajutorul aparatelor auditive. O abordare cuprinzătoare ar trebui să ia în considerare incidenţa şi variaţiile pierderii de auz la copii, precum şi modificările aşteptate pe măsura creşterii şi dezvoltării acestora în cauză. Informaţiile audiologice limitate asociate cu reglajele protetice pediatrice reprezintă partea cea mai importantă şi provocativă a domeniului nostru. Strategiile de verificare ar trebui să asigure că nivelul acustic maxim al semnalului de ieşire al aparatului auditiv nu este dăunător utilizatorului şi că este confortabil şi că este bazat pe gradul de hipoacuzie al copilului.

Desired Sensation Level (DSL; Seewald et al., 2005), adică Nivelul Dorit de Senzaţie auditivă, ca metodă, se doreşte să asigure o abordare cuprinzătoare a aspectelor pediatrice în ceea ce priveşte orientarea, adaptarea şi validarea audioprotetica pediatrică. Cea mai recentă versiune a metodei DSL este aceea de a stabilii ţintele de reglaj daptativ pe baza datelor furnizate de potenţialelor evocate auditive precoce de trunchi cerebral (ABR – Auditory Brainstem Response). Deşi oricare abordare este acceptată şi că sunt luate în considerare diferenţele determinate de durata stimulării cu ABR şi audiometria comportamentală pentru a se obţine un răspuns, audiologii ar trebui să fie familiarizaţi cu faptul că dispozitivele de măsurare trebuie să fie calibrate. Cunoştinţele referitoare la ce metodă este aplicată şi luarea în cosiderare a bazei strategiei de reglaj audioprotetic trebuie să aibe la bază rasupunsuri cu acurateţe.

Alegerea aparatelor auditive sau mai bine spus orientarea audioprotetica este precedată de diagnosticarea cu pierdere auditivă a copilului. Audiologii trebuie să ia în considerare o serie întreaga de factori variabili atunci când adapteaza aparatele auditive. Dispozitivul ideal ar trebui să aibe un domeniu de amplificare care să asigure nevoia de câştig acustic, dar să prezinte şi flexibilitate în cazul în care se constată modificări viitoare ale pierderii auditive. Să fie durabile şi compatibile cu sistemele asistive şi alte tehnologii cum ar fi sistemele FM, Wireless, şi Bluetooth. Aparatele auditive trebuie să poată fi adaptate pe măsură ce copilul creşte, pe baza acestei cerinţe, apartele retroauriculare sunt preferabile celor intraauriculare.

Numărul opţiunilor standard au crescut semnificativ în ultimii ani. Chiar şi aparatele cu preţuri reduse au circuite de reducere a zgomotului, microfoane direcţionale şi anumite strategii de reducere a zgomotului. Audiologul are astfel strategii legate de ce fel de circuite are de activat faţă de ce circuite are de comandat, lucru ce arată un progres semnifiativ al domeniului audioprotetic. Aparatele auditive avansate sunt dezvoltate şi concepute pe baza nevoilor adulţilor şi de aceea dacă opţiunile avansate sunt selectate pentru cazurile pediatrice este foarte important să se ţină cont de efectul avut asupra percepţiei mesajului verbal de către copii, iar evaluarea şi validarea să fie mult mai atent efectuate.

Ing. Audiolog Florin-Andrei Băileşteanu

www.audioart.com.ro
florin@audioart.com.ro
0735 184 636

Infecțiile din sfera ORL - cauză frecventă în apariția pneumoniilor la copii

Pneumoniile și afecțiunile tractului respirator inferior sunt unele dintre cele mai importante cauze de mortalitate în întreaga lume.

În același timp, pneumoniile alături de infecţiile respiratorii superioare (ORL) reprezintă peste jumătate din totalitatea afecţiunilor de natură infecţioasă diag-nosticate frecvent la nou-născuţi şi copii.

Majoritatea copiilor diagnosticaţi cu pneumonii au un istoric cu afecţiuni respiratorii înalte de tip rinofaringită.

Este ştiut că, în evoluţia sa, o rinofaringită evoluează banal în 5-6 zile, dar repetarea rinitelor acute (în condiţiile de infecţiozitate ridicată cu bacterii şi viruşi în cadrul colectivităţilor ori la pacienţi cu imunitate scăzută sau cu tratamente incorecte) determină cronicizarea lor, scăderea rezistenţei naturale la germeni a mucoasei căilor aeriene superioare şi propagarea infecţiei.

Contaminarea se face atât prin contact direct cu persoane infectate (prin intermediul picăturilor Pfluge), cât şi prin propagarea infecţiei din rinofaringe.

Germenii frecvent întâlniți la nou-născuți și sugari:

- Streptococul Pneumoniae;
- Stafilococul Aureus;
- Haemophilus Influenzae.

De menţionat că Streptococul Pneumoniae – saprofit în căile aeriene superioare, pentru că mucoasa are imunitate naturală – poate afecta grav parenchimul pulmonar.

Pe măsură ce copilul înaintează în vârstă, capătă risc suplimentar de a se infecta cu Mycoplasma Pneumoniae sau cu viruşi care determină afecţiuni pulmonare frecvente în funcţie de teren.

Exemplu: virusul respirator sinciţial determină pneumonii grave la sugari; Legionella este incriminată mai ales în apariţia pneumoniilor la pacienţii imunocompromişi, iar copiii cu fibroză chistică se infectează mai frecvent cu Stafilococul Aureus, Pseudomonas Aeruginosa sau alţi germeni rezistenţi la tratament.

Tratamentul rinofaringitei

Acesta are ca obiectiv eradicarea focarului rinofaringitei prin folosirea antibioterapiei (amoxicilină +/- clavulanat, penicilina sau eritromicină de la 5-10 zile), alături de DNF şi antihistaminice, dar şi suspectarea hipertrofiei de amigdală faringiană, caz în care se recomandă adenoidectomia.

Concluzie

Corect diagnosticate, tratate și monitorizate, infecțiile din sfera ORL pot preveni apariția unor forme grave de infecții în căile aeriene inferioare, forme de boală estimate la peste 150 de milioane cazuri în lume/an la copii mai mici de 5 ani, contribuind astfel la scăderea costurilor de îngrijire medicală și reducerea complicațiilor.

Dr. Gabriela Kubinschi
Medic Primar Otorinolaringologie, Competenţă Audiologie

Dermatita atopică la copii

Termenul dermatită înseamnă inflamația pielii, iar atopic se referă la bolile ereditare, deci putem deduce că dermatita atopică este o afecțiune inflamatoare cronică cu determinare genetică, întâlnită la copil și la adultul tânăr.

Care sunt cauzele?

Cauzele nu sunt în totalitate cunoscute, însă creșterea numărului de cazuri în ultimii ani a făcut ca afecțiunea să fie pusă și pe seama factorilor de mediu, pe lângă factorii genetici.

Factori genetici

Dacă un părinte are un fond atopic, crește riscul ca și copiii lui să-i moștenească sensibilitatea. Astfel, incidența familială fiind ridicată, sunt incriminați și factorii genetici.

Factori de mediu

Atopia are o bază clar genetică, dar este influențată major de factorii de mediu. Exprimarea ei este determinată de:

- expunerea precoce la alergene alimentare sau inhalatorii (acarieni, epitelii animale, polenuri),
- poluarea atmosferică,
- nivelul socio-economic ridicat (minimizarea infecțiilor parazitare și virale).

Dintre factorii de mediu care favorizează apariția și accentuarea inflamației cutanate, cei mai importanti sunt unele alimente, de exemplu laptele de vacă, ouăle, carnea de pește, alunele și nucile, dar și alergenele inhalatorii, de exemplu polenul și acarianul din praful de casă. Interrelația dintre aceste alergene și simptome este însă, în cele mai multe cazuri, greu de demonstrat.
Alături de acești factori, modificările profunde în stilul de viață, creșterea expunerii la iritanți și poluanți, scăderea numărului de infecții (prin vaccinări), modifică reactivitatea imună a organismului.

Care sunt simptomele?

Acestea constau în apariția unor zone de rash (înroșire) pruriginoase și calde în regiuni ale corpului copilului care rețin mai mult umiditatea, precum pliurile cutanate ale coatelor, genunchilor, gâtului, feței, mâinilor, picioarelor, regiunilor inghinale, organelor genitale și în jurul anusului. În zonele afectate, tegumentul este uscat și îngroșat. Scărpinarea este greu de controlat și este frecvent inconștientă, devenind un obicei. Poate apărea oboseala cronică din cauza lipsei de somn provocate de mâncărimea severă.
Cu alte cuvinte, dermatita atopică a copilului mic (frecvent denumită eczemă) este o erupție, mai ales pe față și predominant pe obraji. Arată ca niște pete roz-roșiatice, care ies în relief, presărate cu
băşicuţe care, prin spargere și descuamare, formează cruste transparente. Mâncărimile îl fac pe copil să se scarpine, producându-și zgârieturi cu risc de infecție. Erupția apare în pusee succesive. Poate să mai apară și la nivelul feselor, mâinilor si lobului urechii.

De știut!

Dermatita atopică infantilă durează până la vârsta de 2 ani. Primele semne cutanate

apar în luna a treia de viaţă. În acest stadiu, eczema atopică se manifestă prin papule şi vezicule exudative pruriginoase (caracterizate de mâncărime), localizate predominant pe pomeţi, pe frunte, retroauricular, pe trunchi şi în zonele extensoare ale membrelor. Sugarul se scarpină des, în special noaptea, este irascibil, plânge mult, şi se trezeşte de mai multe ori în timpul nopţii. Deseori, leziunile scărpinate se infectează.
În cazul dermatitei atopice a copilului între vârstele de 2 şi 12 ani, eczema atopică este mai putin exudativă (însoţită de supuraţie), pielea devine îngroşată („lichenificata"), în special la nivelul flexurilor membrelor (genunchi, coate, glezne), pleoapelor şi gâtului. Pruritul intens persistă în special în fazele acute.

Diagnostic

Nu există teste de laborator relevante pentru diagnosticarea dermatitei atopice. Diagnosticul se pune pe baza manifestărilor clinice, simptomatice şi prin excluderea altor tipuri de dermatită, cu ajutorul analizelor sangvine şi al probelor prelevate din leziuni pentru identificarea agenţilor alergeni.

Tratament (simptomatic)

Îngrijirea la domiciliu, prin:
înmuierea cu apă rece a leziunilor cu cruste şi cu secreţii - astfel se diminuează mâncărimea şi se înlătură crustele;

- folosirea hainelor largi, de bumbac, evitarea hainelor din lână sau materiale sintetice.

Tratament medicamentos:

- folosirea steroizilor sau a preparatelor cu gudron, administrate local, fără prescripţie medicală, pentru mâncărimi;
- pentru mâncărimi severe se pot recomanda:

- steroizi topici cu potenţă mai mare, medicamente cortizonice orale, rar şi numai pentru scurte perioade de timp, antihistaminice sau tranchilizante uşoare, unguente lubrifiante pentru mâinile copilului, antibiotice (uneori) împotriva infecţiilor secundare.

Sursa: Clinica Bio Terra Med.

SFAT!
Dacă copilul are simptome de dermatită atopică sau prezintă febră şi/sau mâncărimea este de necontrolat în timpul erupţiei, trebuie consultat imediat medicul pediatru dermatolog.

Malformațiile cardiace congenitale
– între terapia chirurgicală și cea intervențională

Dr. Anca Sglimbea
Medic primar pediatrie,
Medic sp. cardiologie intervențională pediatrică, Doctor în medicină
Clinicile ICCO, Brașov
www.clinicco.ro

Terapia etiologică (corecția leziunii) în cazul malformațiilor cardiace congenitale (MCC) este o „descoperire" a celei de-a doua jumătății a secolului XX, odată cu dezvoltarea conceptului de „intervenție pe cord deschis". Ani de zile gold-standardul în tratamentul MCC a fost chirurgia. Anii '60 au deschis drumul terapiei intervenționale a MCC, care diferă fundamental de metodele chirurgicale prin caracterul ei mai puțin traumatic și invaziv, totul decurgând endovascular, nu cu cordul la vedere. Pe măsură ce tehnicile și device- urile intervenționale s-au diversificat și adaptat tot mai mult leziunilor cardiace, tratamentul intervențional devine adesea alternativa la chirurgie, și, în anumite boli, chiar terapie de elecție. Înainte de a fi considerat de elecție, un tratament trebuie însă să își dovedească superioritatea sau cel puțin egalitatea față de un alt tratament deja implementat, în cadrul unor studii corect conduse. În terapia MCC nu există și nu vor exista studii mari randomizate care să dovedească superioritatea uneia sau alteia dintre cele două terapii. Indicațiile de ghid se bazează, în cea mai mare parte pe consensul experților, iar indicațiile de clasa I în favoarea terapiei intervenționale nu exclud tratamentul chirurgical cu rezultate la fel de bune. Deciziile terapeutice trebuie luate în ceea ce se numește „colocviu cardiochirurgical", în care particularitățile leziunii, ale pacientului, factorii de risc și experiența centrului trebuie analizate din multiple perspective și prin prisma diverselor specialități (cardiologie, cardiochirurgie, intervențională, anestezie și terapie intensivă, pediatrie/neonatologie), astfel încât pacientului să i se ofere varianta terapeutică cea mai adecvată și mai sigură, fie ea intervențională sau chirurgicală.

MCC pentru care tratamentul intervențional are indicație de clasa I sunt:

- defect septal atrial tip secundum cu shunt stângadreapta semnificativ hemodinamic și cu anatomie adecvată
- stenoza valvulară pulmonară semnificativă hemodinamic
- stenoza valvulară aortică semnificativă hemodinamic
- stenoza valvulară mitrală izolată moderată sau severă cu hipertensiune pulmonară
- recoarctație de aortă semnificativă hemodinamic și cu anatomie adecvată
- stenoza semnificativă de ramuri de arteră pulmonară
- stenoza semnificativă dobândită de vene pulmonare după proceduri de ablaăie prin radiofrecvență, transplant pulmonar sau compresie externă prin masa tumorală
- stenoza semnificativă de conduct ventricul dreptarteră pulmonară
- canal arterial persistent mediu sau larg cu shunt stangadreapta semnificativ hemodinamic și anatomie adecvată
- colaterale aortopulmonare cu shunt stangadreapta semnificativ hemodinamic
- shunt sistemicopulmonar paleativ care nu mai e necesar
- malformații arteriovenoase pulmonare simptomatice
- fistula simptomatică de artere coronare
- leak paravalvular simptomatic
- colaterale venovenoase semnificative hemodinamic
- Indicațiile de clasa II includ și alte leziuni malformative, pentru care dovezile existente sunt contradictorii în sensul terapiei intervenționale.

În concluzie, terapia intervenționala este o alegere atractivă prin prisma invazivității reduse, însă, ca în orice tip de tratament, beneficiile sale se bazează în principal pe stabilirea unei indicații terapeutice corecte, dincolo de avantajele evidente.

Bibliografie

1. Feltes TF et al- AHA Scientific Statement: Indications for Cardiac Catheterization and Intervention in Pediatric Cardiac Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2011;123:2607-2652.

DERMOBACTER® 300 ml

O armă contra infecțiilor pielii și a mucoaselor!

Laboratoratoire INNOTECH International - Franța, are în portofoliu un produs de top în lupta cu microbii: DERMOBACTER® 300 ml, soluție cutanată, antiseptic bactericid cu spectru larg, indicat pentru realizarea antisepsiei și tratamentul adjuvant al afecțiunilor cutaneo-mucoase de etiologie bacteriană primară sau care se pot suprainfecta.

Dermobacter® se poate utiliza ca agent antimicrobian în infecţii bacteriene şi fungice ale pielii și mucoaselor, atat la copii cât şi la adulţi.
Asocierea celor două substanțe active, clorhexidină și clorură de benzalconiu, acționează asupra unui spectru larg de germeni responsabili de infecţii cutanato-mucoase de etiologie bacteriană primară sau care se pot suprainfecta.
Formula succesului – asocierea de două substanțe active cu acțiune sinergică.

Clorura de benzalconiu: spaima bacteriilor

Clorura de benzalconiu (derivat cuaternar de amoniu): este un bactericid, virucid și fungicid cu efect asupra:

- Germenilor Gram + (Gram pozitivi), cum sunt: Stafilococul auriu (Staphylococcus aureus), Streptococii (Streptococcus), Corynebacterium;
- Germenilor Gram – (Gram negativi), cum sunt Neisseria gonoreea, Proteus, Klebsiela, Mycolasma, Ureaplasma, inclusiv Pseudomonas aeruginosa;
- Bacteriilor transmise pe cale sexuală: Trichomonas vaginalis, Chlamidia;
- Fungilor (ciuperci sau micoze): Candida albicans;
- Virusurilor: HIV, Simplex herpes (HSV2), Cytomegalovirus (CMV).

Clorhexidina: antiseptic din familia biguanidelor

Este un agent antimicrobian ce acționează asupra germenilor Gram+ (Gram pozitivi), Gram – (Gram negativi) și asupra fungilor: Candida albicans.

Dermobacter® dezinfectează într-un minut!

- efectul se instalează rapid după un timp de contact de 1 minut;
- efectul se menține mai mult de 6 ore;
- acţionează rapid şi de durată chiar şi în prezenţa substanţelor organice (proteine, exudat).

Cand pielea are nevoie de ajutor, folosiţi Dermobacter®!

Acest medicament se poate elibera fără prescripţie medicală. Se recomandă citirea cu atenţie a prospectului sau a informaţiilor de pe ambalaj. Dacă apar manifestări neplăcute, adresaţi-vă medicului sau farmacistului. Viza de publicitate nr. 85 /26.03.2013

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

Laboratoire Innotech International
Reprezentanța pentru România
Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Et. 2, Ap. 3, Sector 1, București
Tel: 021 230 20 44, Fax: 021 23020 47
e-mail: innotech.romania@innothera.com

Protecția so

Farmacist Alina Marcean
Farmacia Remedium
Cluj-Napoca

Din experiența mea profesională, îmi dau seama că mulți părinți nu dau mare importanță protecției solare a copilului. E foarte bine de știut că protecția solară nu înseamnă numai: „înainte de a pleca în concediu mă duc la farmacie și cumpăr o cremă cu factor mare de protecție, cât mai scumpă ca sa fiu sigur că e bună și dau copilul cu ea cand îmi aduc aminite și cu asta am terminat, copilul e protejat”.

E foarte important să știm cum să îmbrăcăm copilul! Vom prefera hăinuțe subțiri, de culori deschise, chiar dacă asta implică să dăm copilului mânecă lungă și pantaloni lungi, dar foarte subțiri. Este preferabil decât copilul să sufere arsuri solare, care in viitor, când copilul este adult se pot transforma în boli de piele. La polul opus, observ des bebeluși înfofoliți în blănița și cu căciuli pe cap, că ei sunt mici, când afară sunt 25 de grade Celsius, iar părinții bebelușului sunt în tricou, pantaloni scurți și șlapi, sau dimpotrivă- copii care se joacă „dezbrăcați” în soare la orele 12.00 pentru că l-am dat pe copil cu cremă. Nu e suficient! Dacă nu putem ține copilul în casă la orele amiezii,

lară la copii

este indicat să stea la umbră cu toate protecţiile pe care i le aplicăm. Dacă nu există umbră naturală, o putem face noi cu ajutorul unei umbrele.

Ar trebui purtaţi ochelari de soare, dacă se poate cu filtru UVA+UVB pentru a proteja ochii de arsuri, altfel e posibil să apară afecţiuni ca şi cataracta. De asemenea, copilul devenit adult, trebuie să învăţe să se gândească la sănătatea copiilor lor pe termen lung, nu doar pe moment!

Pălăria de soare ar trebui să fie nelipsită atâta timp cât este cald afară si soare. Chiar dacă afară e înnorat şi mai bate vântul asta nu înseamnă că radiaţiile nu sunt prezente şi nu ar trebui să ne protejăm.

Bineînţeles că trebuie să mergem şi la farmacie şi să cumpărăm o cremă cu factor de protecţie mare pentru copil, dar nu uitaţi nici de adulţi, si ei ar trebui protejaţi de radiaţiile nocive.

Dacă crema are factor de protecţie SPF 50 ar trebui să blocheze cam 98% din razele solare, iar la factor de protecţie SPF 30 blochează cam 96% din razele solare. Dacă nu vă permiteţi o cremă scumpă cu SPF 50+, puteţi alege o cremă cu factor de protecţie SPF 30, dar nu mai mic de atât pentru protecţia copiilor. Ar fi bine ca această cremă să ofere protecţie atât UVA cât şi UVB, trebuie verificat să fie specificat de producător pe ambalajul cremei.

Majoritatea cremelor sunt rezistenste la apă, dar asta nu înseamnă că dând copilul cu cremă îl putem pune în piscină şi îl lăsa toata ziua în soare, după care venim la farmacie şi îl învinovăţim pe farmacist că ne-a vândut o cremă proastă şi că s-a „ars” copilul. Crema ar trebui reaplicată cam la fiecare 80 de minute din timpul de expunere solară, atunci când stăm la plajă sau în apă, ca să fim siguri că nu am îndepartat-o cu prosopul sau în alt fel de pe pielea copilului.

Deoarece pielea copilului este destul de sensibilă, este important să căutăm o cremă care are un blocaj fizic contra radiaţiilor, blocaj care e dat de oxidul de zinc şi de dioxidul de titan. Chiar dacă copilul o să fie un pic mai alb la piele, din cauza oxidului de zinc din cremă, eu presupun că orice părinte prefera un copil mai alb la piele dar sănătos, decât un copil cu pielea roz dar cu şanse mai mari de a face afecţiuni ale pielii pe viitor!

În concluzie, trebuie să ne protejăm de radiaţiile solare zi de zi, nu doar în concediu, şi ar fi bine să încercam să ţinem cont de toate aspectele enumerate mai sus ca să-i ştim pe copiii nostri în siguranţă şi şă ne asigurăm ca vor avea o viaţa lungă şi sanătoasă!

Cum știu dacă este destul ceea ce știu?

Cristina Fülöp
Psiholog psihoterapeut
Cabinet Individual de Psihologie
0722 509 713/0748 752 538

O întreagă explozie informațională, de la conversațiile cu mămicile cu care interacționăm în spațiile de joacă pentru copii și până la reviste, ziare și site-uri specializate, toate ne învață cum să fim părinți buni, cum să ne ocupăm de creșterea și educația micuțului nostru, ce e bine și ce nu e bine să facem.... Minunat că avem acces la atâtea sfaturi și experiențe deja trăite, dar ce ne facem când aceste lucruri noi pe care le aflăm, sunt excesive sau și mai rău, sunt contradictorii? Cum alegem?

Atunci când avem o nedumerire sau o necunoscută în legătură cu ceea ce se întâmplă copilului nostru, când apare o problemă de sănătate fizică sau psihică sau când considerăm că ceva este în neregulă în felul în care micuțul interacționează cu oamenii cu care intră în contact, tentația cea mai mare a unei mămici interesată de puiul ei, este de a cerceta mai multe opinii, de a cere mai multe păreri și din păcate de a-și compara copilul cu alți copii. Până la un punct, această atitudine este de înțeles. E important însă să nu exagerăm, în nici una dintre direcțiile acestea, pentru că există riscul de a ne debusola, de a eticheta negativ ceea ce se întâmplă cu copilul și eventu-

al de a acţiona contradictoriu sau chiar împotriva intereselor acestuia. De departe, cea mai „periculoasă" atitudine dintre toate, mi se pare a fi aceea de a compara. Sigur că, a compara este obişnuit şi util, însă e bine să ne amintim că fiecare copil este unic şi ca atare, evoluează în propriul ritm. Evitaţi să vă subevaluaţi copilul (comparând achiziţiile sau rezultatele lui chiar şi cu date descrise în lucrări de specialitate, care de cele mai multe ori sunt orientative) şi mai ales, evitaţi să îl faceţi să înţeleagă că sunteţi dezamagită de faptul că „performanţele" lui sunt sub nivelul "performanţelor" altui copil. Acest comportament al mamei nu va face nimic altceva decât să submineze încrederea copilului în sine şi în capacităţile sale de a face lucruri şi în nici un caz nu îl va stimula, cum majoritatea dintre noi am putea crede.

În ceea ce priveşte lucrurile despre care stabilim că sunt probleme, fie că sunt din categoria celor care vizează sănătatea fizică, fie din zonă sănătăţii psihice, cea mai bună variantă este să începem prin a le discuta cu un specialist. Ar fi foarte bine dacă copilul ar avea un singur medic pediatru care îi urmăreşte evoluţia şi nu mai mulţi (exceptie făcând-o bine-înţeles accesarea unor medici specialişti spre care ne îndrumă medicul pediatru) şi un singur psiholog, care îi urmăreşte dezvoltarea psihică. Accesarea mai multor specialişti, aduce după sine, de prea multe ori, obţinerea unor opinii diferite care pot creea nedumerire, frustrare şi conflicte interioare determinate de necesitatea de a alege ce e corect sau cel mai bine de făcut.

Pentru întrebări sau neclarităţi în legătură cu vreun aspect ce vizează dezvoltarea copilului, cel mai indicat este să accesăm acele surse de informare despre care ştim sigur că sunt validate prin profesionalism. Sigur că atunci când avem întrebări, suntem tentaţi să căutăm noi şi noi răspunsuri, dar să nu uităm că mai avem la îndemână doua instrumente foarte preţioase: „informaţiile" care vin de la copil şi pe care le putem aduna observându-l cu multă şi permanentă atenţie şi cel de-al doilea instrument, intuiţia de mamă. Să nu uităm de ele! Sunt foarte utile!

După ce ne lămurim şi decidem ce este de făcut, urmează pasul următor, punerea în aplicare. Este contraproductiv să mai revenim în acest moment, la etapele anterioare, din temerea că nu am luat cea mai bună decizie şi că sigur mai există informaţii care "ne-au scăpat". Mereu vor exista lucruri pe care nu le cunoaştem, dar suprainformarea nu este soluţia pentru a le acoperi sau pentru răspunsuri „mai bune". Ce obţinem căutând informaţii din ce în ce mai multe? Cu siguranţă presiune, indecizie şi anxietate. Aşa că, cel mai bine este să adăugăm o bucăţică de încredere în noi, că am înţeles ce avem de făcut, de fiecare dată când reuşim să gestionăm o situaţie nouă care apare în creşterea copilului nostru…

Aşa devenim mame în fiecare zi!

Noi reglementări în Sănătate

MS va revizui legislaţia referitoare la medicamentele generice, astfel încât să se elimine stabilirea preţului de referinţă generic prin compararea cu cele 12 ţări de referinţă şi să se aplice limita de maximum 65% o singură dată, raportată la preţul medicamentului original.

În vederea creării unui cadrul fiscal echitabil şi predictibil, conducerea MS şi APMGR vor coopera pentru revizuirea formei actuale a taxei clawback, astfel încât acesta să nu afecteze accesul populaţiei la tratamente cu preţuri accesibile.

În ceea ce priveşte reducerea arieratelor, s-a agreat un calendar de reeşalonare a plăţii datoriilor din sistemul de asigurări de sănătate şi scurtare a termenelor de plată, conform Directivei UE.

Astfel, facturile emise înainte de jumătatea lunii martie, plata se va face eşalonat în 2013 (2/3 din suma totala) şi 1/3 din sumă în anul 2014.

S-a stabilit unui termen de plată eşalonat astfel: 150 de zile (pentru facturi emise în 2013), 90 de zile (pentru cele emise în perioada ianuarie-iunie 2014), pentru ca în iulie 2014 să se ajungă la un termen de plată de 60 de zile.

Apofizita tibială anterioară sau

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

Este o afecțiune cauzată de microtraumatisme repetitive la nivelul apofizei tibiale anterioare produse în perioada în care are loc osificarea acesteia. Apofizita tibială anterioară afectează cu predilecție sexul masculin, între 10 și 15 ani. La fete, debutul afecțiunii este cu aproximativ 2 ani mai devreme ca la băieți. Boala apare mai frecvent la adolescenții implicați în activități sportive. De cele mai multe ori, afectarea este bilaterală.

Leziunea anatomică

Se manifestă printr-o fractură osteocondrală extraarticulară a apofizei tibiale anterioare produsă prin contracţii puternice şi repetate ale mecanismului extensor al genunchiului. Prin vindecarea fracturii se produce os nou în spatiul dintre fragmentul osteocondral şi tuberozitatea tibială, care devine proeminentă, precizează specialiştii. Simptomatologia pacienţilor cu apofizită tibială anterioară se traduce prin durere pe faţa anterioară a genunchiului în regiunea tuberozităţii tibiale, aflată sub nivelul articulaţiei genunchiului, aceasta apărând proeminentă şi fiind sensibilă la palpare.

Debutul simptomelor

Debutul este imprecis şi inconstant. Deşi gradul disconfortului este moderat, el împiedică participarea adolescentului la activitatea sportivă. Alergatul, săritul, urcatul şi coborâtul scărilor accentuează durerea, în vreme ce repausul o calmează.

Examenul radiologic se face din profil şi lateral şi arată edemul părţilor moi, cât şi neregularitatea, fragmentarea şi asocierea zonelor de condensare cu cele radiotransparente la nivelul apofizei tibiale.

Evoluția afecțiunii

Aceasta este benignă, cu dispariţia simptomatologiei pe măsură ce se produce osificarea tuberozităţii tibiale anterioare. La un mic procent dintre adolescenţii cu această afecţiune, tuberozitatea tibială rămâne proeminentă la sfârşitul creşterii sau persistă un fragment osteocondral dureros. Complicaţiile apofizitei tibiale anterioare sunt rare şi constau în ruptura tendonului rotulian, avulsia tuberozităţii tibiale anterioare, deformare în recurvatum a tibiei, subliniază specialiştii.

Atitudinea terapeutică

Terapia Depinde de severitatea simptomatologiei dureroase. În cazurile uşoare sau moderate se recomandă repaus relativ, cu restricţia temporară a sportului de performanţă şi utilizarea antiinflamatoarelor locale. Dacă se constată contractura cvadricepsului sau a ischiogambierilor se asociază un program de fiziokinetoterapie. În cazurile la care durerile sunt intense şi persistente se poate practica imobilizarea absolută într-o genunchieră gipsată pentru 1-2 săptămâni. Persistenţa unui fragment neosificat dureros necesită excizia chirurgicală a acestuia, cu rezultate foarte bune.

Este bine de menţionat şi faptul că adolecenţii se pot confrunta şi cu dureri de călcâi sau chiar de şold, nu doar de genunchi, dureri care sunt de multe ori interpretate greşit de medici. De cele

maladia Osgood-Schlatter

mai multe ori, durerile osoase sau cele articulare semnalate la copiii între 12 și 15 ani sunt de fapt niște tulburări specifice vârstei, care trec de la sine. Specialiștii le denumesc necroze osoase aseptice iar cauzele durerilor de genunchi, de călcâie, de șold sunt adesea datorate unor tulburări ale circulației sanguine în zona osoasă respectivă. Timp de câteva ore. o anumită porțiune osoasă este privată de un aport de sânge corespunzator. Deși circulația sanguina se normalizează, totuși osul poate fi afectat. Apare ceea ce se numește necroza. Aceste tulburări trebuie supravegheate de medicul specialist, dar nu necesită tratament, deoarece se vor vindeca de la sine în doi-trei ani. În acest context, cele mai frecvent întâlnite suferințe ale adolescenților sunt osteocondrita capului femural (dureri la nivelul șoldului, însoțite de șchiopătare), apofizită tibială anterioară (dureri ale genunchiului) și apofizită posterioară a calcaneului (ambele călcâie sunt dureroase).

De exemplu, la nivelul șoldului, din cauza unei privări temporare de sânge, în jurul vârstei de 11 ani poate apărea o tulburare care duce la turtirea capului femoral iar copilul începe să șchiopăteze din cauza durerii. Dupa 2-3 ani însă, durerea dispare, deoarece capul femural revine la forma normală. Această tulburare trebuie monitorizată de medic, deoarece pot apărea complicații, cum ar fi luxarea capului femural.

A altă durere, frecvent întâlnită în rândul tinerilor este apofizita posterioară a calcaneului, când durerile se instalează pe fața posterioară a ambelor calcanei iar cauza o constituie prezența unei porțiuni cartilaginoase, apofiza de la nivelul calcaneului. La acest nivel se inseră tendonul Ahilian care, atunci când tensionează apofiza, apare durerea. Simptomatologia dureroasă dispare atunci când cartilajul se osifică.

... și „Bebelușii” au nevoie de kinetoterapie

Cât de importantă este mișcarea? Este vitală! Fără ea viața ar fi extrem de statică, și dureroasă. Educația pentru mișcare trebuie instituită din primele zile de viață și trebuie continuată constant. Așa ne vom forma o cultură a mișcării, foarte necesară organismului.

Pentru a da nou-născutului aceste informaţii, familia va avea rol predominant, nivelul ei educaţional fiind definitoriu, fiind, pe de o parte, reflexiv individual, de unitate schematică familială și, pe de altă parte, social, ca spaţiul în care se transmit și se învaţă manifestările relaţionale, deprinderi și obiceiuri.

Din primele zile ale vieţii copilului, mama trebuie să înţeleagă necesitatea mișcării și dezvoltării fizice armonioase a copilului.

Copilul nu trebuie neapărat să aibă probleme de sănătate pentru a face kinetoterapie - pentru că mișcarea este cea mai neinvazivă și ieftină formă de terapie. Kinetoterapia aplicată bebelușului îi va îmbunătăţi mobilitatea și stabilitatea articulaţiilor, digestia, circulaţia, respiraţia, tonusul muscular, îl va ajuta să se descurce mult mai ușor în mediul natural decât un copil nestimulat. Stimularea motorie va atrage stimularea psihică, iar noile informaţii primite îl vor face pe copil să se adapteze și să depășească noile provocări ale vieţii, pentru că dezvoltarea psihică este un proces treptat și complex care se derulează în strânsă legătură cu dezvoltarea motorie, fiind influenţată și de fenomenul maturizării biologice și plastic influenţată de mediu.

Programele de exerciţii fizice executate de kinetoterapeutul specializat în dezvoltarea copilului mic va avea în vedere continuarea acestora și cu mijloace ajutătoare (masaj, hidrokinetoterapia) și adaptate în funcţie de copil: de vârsta acestuia, starea lui de sănătate, dispoziţia la ședinţa de kinetoterapie, capacitatea lui de adaptare la efort și de calităţile motrice ale copilului.

Kinetoterapia nu se aplică nou-născutului la întâmplare - va urmări dezvoltarea neuromotorie a copilului normal și, de aceea, le sfătuiesc pe tinerele mame să se intereseze și să apeleze la specialiști care cunosc bine fiziologia mișcării copilului mic și modalitatea de abordare a acestuia.

Kinetoterapeutul trebuie să aibă cunoștinţe din domeniul psihologiei, pedagogiei, care să-i permită abordarea complexă și responsabilă a actului kinetic, stimularea complexă a micuţului pacient.

Încercaţi, dragi mame, să nu uitaţi că, pentru a avea copii „voinici” și sănătoși, trebuie ca mișcarea să facă parte integrantă din programul lor (așa cum mănâncă, consumă lichide, fac baie)! Daţi-le posibilitatea, de mici, să simtă bucuria mișcării și să se bucure pentru tot restul vieţii de beneficiile ei!

Va aștept ca împreună să câștigăm și să păstram sănătatea copiilor noștri!

Profesor C.F.M.
Dr. ***Elena Caciulan,***
Președintele Asociaţiei Profesionale de Kinetoterapie Muntenia București
Tel: 0723 251 565
elena_caciulan@yahoo.com

Apiterapia în tratamentul bolilor infecţioase

Infecţii bacteriene şi virale

Studii efectuate in vitro pe diferite sortimente de propolis, recoltate din diferite regiuni ale globului, au permis evidenţierea eficacităţii acestora asupra unei întregi serii de germeni. Propolisul poate interveni, de asemenea, cu rezultate spectaculoase în tratamentul herpesului (labial sau genital), maladie cauzată de acţiunea unor virusuri foarte răspândite în populaţiile umane.

Acţiunea antivirală a propolisului

Cercetările au arătat un efect pozitiv al acestui produs apicol asupra virulenţei şi duplicării unor tulpini virale precum cele de herpes, adenovirus, corona virus şi rota virus. Mai mult, efectul in vitro al propolisului a fost deja cercetat în cazul mai multor virusuri, cum este herpes simplex tipurile 1 şi 2, tulpini mutante rezistente la aciclovir, adenovirusul tip 2, virusul stomatitei veziculare şi poliovirus tip 2.

Cu titlu preventiv, lăptişorul de matcă se poate dovedi eficient pentru traversarea unor epidemii de gripă sau de infecţii virale acute. Aplicat în terapie de şoc (în doze mult mai ridicate mergând până la 10 g pe zi), lăptişorul de matcă poate conduce rapid la dispariţia simptomelor. Trebuie însă ca, în acest caz, administrarea să se facă cu mare prudenţă la persoanele cu antecedente alergice şi, mai ales, la cele care prezintă tulburări hormonale. Dar, poate că cel mai prudent este să nu se depăşească dozele şi să se încerce asocierea acestuia cu interferonul.

Aplicaţiile locale de propolis şi de păstură oferă rezultate foarte bune în tratamentul infecţiilor respiratorii superioare de tipul anghinei şi rinosinuzitei.

În sfârşit, mierea, care dispune de o importantă acţiune antibacteriană, reprezintă o alternativă sau un suport interesant al terapiilor clasice ale afecţiunilor bacteriene.

Acţiunea antibiotică a propolisului in vitro a fost testată pe numeroase tulpini de bacterii. Unele dintre mostrele de propolis testate au prezentat o concentraţie ridicată de agenţi antimicrobieni.

Parazitoze

Iată un domeniu în care, din nou, propolisul s-a dovedit eficace împotriva giardiozei, o afecţiune parazitară cu o întreagă serie de complicaţii, nu numai la adult, ci şi la copil, la care împiedică o dezvoltare normală şi armonioasă.

În afară de această afecţiune, analiza coproparazitologică a pacienţilor trataţi cu propolis a demonstrat absenţa unor viermi sau chiar a unor viermi solitari de tipul Taenia, fapt care întăreşte afirmaţia privind acţiunea antiparazitară a acestui produs natural.

Dr. Biochimist Cristina Mateescu, CS II. Institutul de Cercetare Dezvoltare pentru Apicultura

Creșterea imunității
cu ajutorul produselor naturale

Imunitatea organismului sau sistemul imunitar cuprinde mecanismele de apărare ale organismului față de agenții patogeni – virusuri, bacterii, fungi, radiații, substanțe toxice, medicamente. Dacă agenții patogeni sunt în cantități mici, sistemul imunitar face față atacului. Există însă și situații când sistemul imunitar este depășit, este slăbit și are nevoie de ajutor pentru a face față agenților patogeni.

Specialiștii vorbesc despre imunitate înnăscută și imunitate dobândită.

Imunitatea înnăscută este moștenită de la părinți și nu mai poate fi influențată până la sfârșitul vieții. Imunitatea dobândită poate fi susținută și modelată prin contactul cu un antigen, prin vaccinare, prin dietă.

Viața omului modern se desfășoară foarte rapid. Omul modern sare de multe ori peste mese, consumă foarte puține legume și fructe. Din cauza lipsei de timp se mulțumește cu un prânz luat la fast-food și cu o cină pregătită la repezeală. Apă bea foarte puțină, în schimb nu-i lipsesc în nicio zi băuturile acidulate. Pentru cea mai mică viroză apelează la antibiotice, chiar dacă nu sunt recomandate. Pentru cea mai mică durere ia antiinflamatoare, antialgice. În plus, omul modern trăiește într-un mediu tot mai poluat, fumează tot mai mult. Un asemenea mod de viață înseamnă automat scăderea imunității. Aproape 70% dintre români iau antibiotice fără prescripție medicală, încă de la primele semne ale unei răceli. Foarte multe persoane recunosc că iau antibiotice cel puțin o dată pe an. Consecințele abuzului de antibiotice sunt distrugerea florei intestinale, scăderea imunității, insensibilitate la antibiotice. Eliminarea acestor factori se poate realiza în primul rând prin corectarea modului de viață, mese regulate, mișcare, renunțare la fumat, reducerea consumului de alcool dar și printr-un aport în dieta zilnică de produse naturale de tipul suplimentelor alimentare.

Aceste suplimente nutritive sunt ușor resorbabile și au multiple avantaje pentru sănătate pe termen lung: conțin substanțe bioactive care contribuie la corectarea funcțiilor unor organe vitale precum inima, ficatul, creierul etc., sporesc rezistența la efort prin aport energetic, susțin funcțiile metabolice ale organismului.

Și la nivel celular, în general prin efectele lor antioxidante, suplimentele alimentare au pe termen lung rezultate miraculoase, unele cunoscute de mult în popor. Uleiul de cătină este știut ca factor de protecție a ficatului, prin acțiunea de detoxifiere și troficitate a celulei hepatice. Produsele naturiste obținute din muguri de brad alb stimulează formarea de țesut osos și au efect de fixare a calciului în oase, cele din mlădițe de măceș au acțiune antiinflamatoare, iar cele din muguri de coacăz negru stimulează secreția unor hormoni cu proprietăți antiinflamatorii și antialergice, crește rezistența la frig.

Exemple de acest fel pot continua.

Ele demonstrează că natura este un imens laborator, din păcate insuficient explorat, cunoscut și valorificat, și conform unei vechi credințe în medicina tradițională,

„natura mamă are tot atâtea leacuri câte boli”.

Dr. Clara Patrugan,
medic familie cu competență în apifitoterapie

Pharmatex® Capsule, beneficiile contracepției locale

Pharmatex® Capsule este o metodă contraceptivă locală fără limite legate de vârstă, de condițiile fiziologice sau de o patologie medicală, fiind recomandată de Organizația Mondială a Sănătății ca metodă contraceptivă ce poate fi utilizată fără nicio restricție medicală.

Pharmatex® Capsule conține **clorură de benzalconiu,** care este un spermicid și un antiseptic în același timp.
Efectul spermicid constă în împiedicarea contactului dintre ovul și spermatozoizi, în primul rând prin imobilizarea spermatozoizilor și prin distrugerea membranei celulare, și în al doilea rând clorura de benzalconiu induce gelificarea mucusului cervical, împiedicând deasemenea pătrunderea spermei.
Această contracepție locală se adresează tuturor femeilor ce doresc să utilizeze o metodă contraceptivă.
Se poate folosi în mod special în cazul contracepției orale, în cazul în care s-a uitat sau s-a întârziat administrarea un comprimat; în aceste cazuri se recomandă asocierea acestor 2 metode în perioada ce a mai rămas din ciclul menstrual.

Această contracepție locală poate fi, de asemenea, utilizată:

- în cazul în care există o contraindicație temporară sau definitivă a contracepției orale sau a unui dispozitiv intrauterin (DIU);
- după naștere, în perioada de alăptare, în perioada de premenopauză;
- când se dorește o contracepție de scurtă durată;
- ca modalitate de asociere în cazul contracepției locale prin obturator vaginal (diafragmă) sau sterilet (în special atunci când se administrează concomitent unele medicamente, precum AINS).

Astfel, poți folosi **Pharmatex® Capsule** fără griji dacă ai trecut de 35 de ani, dacă ești fumătoare sau alăptezi, dacă ai hipertensiune, hepatită sau diabet. Vei fi protejată de o sarcină nedorită fără a-ți face rău.
Pharmatex® Capsule poate fi folosit de toate femeile, inclusiv acele femei care au boli cardiovasculare (ca hipertensiunea arterială), tulburări metabolice (hiperlipidemie, diabet, etc), boli hepatice, cancer mamar și cel de col uterin, adică femeile care au contraindicații la pilule contraceptive sau dispozitive intrauterine.

Clorura de benzalconiu este un spermicid și un antiseptic în același timp. Studii făcute in vitro arată că produsul este activ pe un anumit număr de agenți infecțioși resposabili pentru bolile transmisibile pe cale sexuală, în special: gonococi, chlamydii, herpes virus tip 2, HIV, Trichomonas vaginalis, stafilococ auriu.
Nu se produc modificări ale florei saprofite iar bacilii Döderlein nu sunt influențați.
Pentru a nu se inactiva efectul contraceptiv, nu se recomandă asocierea altor medicamente administrate pe cale vaginală (antifungice, antitrichomonas, antibacteriene, antiseptice, antiherpetice, produse cu administrare locală ce conțin estrogeni).
Prin substanța sa activă, **clorura de benzalconiu, Pharmatex® Capsule** acționează strict local, fără să provoace efecte nedorite și fară să modifice flora vaginală, produsul respectand Ph-ul vaginal.

Dacă se dorește o metodă contraceptivă fără efecte adverse sistemice, fără contraindicații*, care respectă flora vaginală și lactobacilii, alegeți Pharmatex® Capsule vaginale!

**cu excepția hipersensibilității la clorura de benzalconiu sau la oricare dintre excipienții produsului.*

Acest medicament se poate elibera fără prescripție medicală. Se recomandă citirea cu atenție a prospectului sau a informațiilor de pe ambalaj.
Dacă apar manifestări neplăcute, adresați-vă medicului sau farmacistului. Viza de publicitate nr. 85 /26.03.2013

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

Laboratoire Innotech International
Reprezentanța pentru România
Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Et. 2, Ap. 3, Sector 1, București
Tel: 021 230 20 44, Fax: 021 23020 47
e-mail: innotech.romania@innothera.com

Copiii au nevoie de vitamine?

„Conform ultimului studiu privind automedicația în cazul copiilor, dintre toate categoriile de medicamente pe care părinții le administrează copiilor fără recomandarea medicului, 61% sunt vitamine sau suplimente alimentare. Este un procent îngrijorător, pentru că, deși pot fi ușor cumpărate din magazinele naturiste sau din farmacii, fără prescripție medicală, acestea pot fi dăunătoare în aceeași măsură în care pot fi benefice. Vitaminele și suplimentele trebuie considerate medicamente, de aceea recomandăm părinților să ia legătura cu medicul pediatru înainte de a le administra celui mic.

Există o reglementare referitoare la administrarea vitaminelor femeilor însărcinate și copiilor în primii ani de viaţă. Obstetricianul şi medicul de familie recomandă gravidei vitaminele utile unei bune evoluţii a sarcinii şi profilaxiei rahitismului la copil. Sunt scheme foarte bine stabilite pentru diferite situații. În ţara noastră se recomandă administrarea vitaminei D într-un regim special, care trebuie atent supravegheat și respectat. Erorile pot avea repercusiuni nedorite: rahitismul, în carenţe sau hipervitaminoza D, care este gravă deoarece afectează rinichii. Chiar forma de administrare contează, spre exemplu, în cazul gravidelor, forma injectabilă poate determina afecţiuni cardiace la nou-născut. Acestea sunt doar câteva exemple care să convingă mamele că un sfat autorizat este foarte util.

Numai medicul pediatru poate determina dacă cel mic are într-adevăr nevoie de suplimente alimentare și vitamine.

„Dacă un copil crește în greutate conform vârstei lui, dacă hrana lui este diversificată și cuprinde toate alimentele necesare, (legume, fructe, carne, ouă), dacă este un copil activ, atunci nu are nevoie de suplimente alimentare sau de vitamine. În condiţii de boală însă, suplimentările vitaminice trebuie alese doar de medic. Spre exemplu, numai el ar putea ști faptul că utilizarea substanţelor antitermice necesită și o suplimentare de vitamine din grupul celor antioxidante, cum este vitamina C.

Vitaminele pot fi clasificate în vitamine hidrosolubile și liposolubile. Cele liposolubile pot determina intoxicaţii grave, tocmai de aceea pediatrul este singurul în măsură să recomande folosirea acestora. De exemplu, asocierea între vitamina D și E și acizii grași Omega 3 este benefică în bolile pulmonare, dar orice alte asociaţii haotice pot dăuna.

Respectarea dozei zilnice recomandate este esenţială și doar medicul o cunoaște.

Părinţii administrează de multe ori produse care asociază vitamina D și vitamina A, dar o cantitate prea mare de vitamina A poate fi cauza unor semne neurologice grave.

Vitaminele și suplimentele alimentare sunt disponibile pe piaţă în diferite forme, în diferite concentraţii, dar singurul criteriu pe care îl pot avea în vedere părinţii este sfatul medicului pediatru.

Un ultim aspect foarte important este acela de a nu lasa vitaminele acolo unde cei mici pot ajunge. Au diferite forme, arome, culori și pot fi foarte ușor confundate de copii cu bomboanele, pot fi înghițite într-o cantitate mai mare, ceea ce poate avea consecinţe grave asupra sănătății copilului.

Dr. Alexandra Popovici

conferința națională de

CARDIOLOGIE ÎN MEDICINA GENERALĂ

BUCUREȘTI, 13-15 iunie 2013,
Crystal Palace Ballrooms

18 credite EMC* + 5 credite EMC**

* număr de credite obținute la ediția precedentă
** număr de credite obținute prin abonarea la revista Practica Medicală

2013

Primii 500 de medici înscriși la Conferința Națională de Cardiologie vor primi **un abonament gratuit** la Revista Practica Medicală, și un certificat cu **5 credite EMC**, credite suplimentare Conferinței.

+5 credite EMC

Data limită pentru **înscrierea cu taxa redusă cu 25%** **a fost prelungită** până la data de 30 mai.
Numărul de locuri este limitat.

NOU: În cadrul Conferinței va avea loc o secțiune interactivă intitulată ***DIALOGURI CORDiale – Relațiile dintre medicul de familie și medicul cardiolog***, unde veți putea invita la dialog cardiologi clinicieni.

Înscrieri si detalii pe:
WWW.MEDICA.RO

Intel pentru sănătate

Tehnologii revoluționare pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale.

www.intel.com/healthcare

Copyright ©2013 Intel Corporation.
Toate drepturile rezervate. Intel și logo-ul Intel sunt mărci înregistrate ale Intel Corporation în U.S.A. și în alte țări.