



Cu testul FABER, alergia ta nu mai este un mister...



**Avansat
Complet
Precis
Sensibil**

244 teste
totale

122 alergeni
moleculari

122 extracte
alergenice

**Descoperă-ți
alergia printr-un
singur TEST**

Allergy *farma*

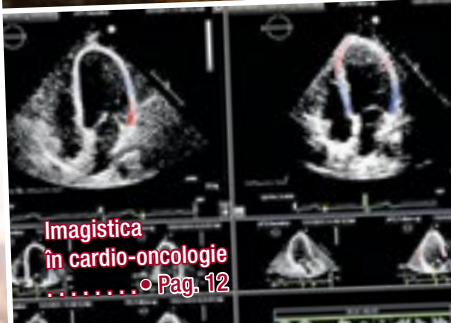
Cum scăpăm
de miopie? 4

Toxina botulinică 6

Îngrijirea pielii 22

VARICOSALM 28

Interviu
cu Conf. Dr.
Dan Corneel
... • Pag. 8



Imagistica
în cardio-oncologie
..... • Pag. 12

Descoperă-ți alergia printr-un singur TEST

Testul Faber poate fi utilizat pentru diagnosticarea reacțiilor alergice produse printr-un mecanism imunologic în care sunt implicați anticorpii de tip IgE atât la copii cât și la adulți.

Testează sensibilizarea alergică IgE mediată la 122 de extracte alergene și 122 molecule alergene. Este o metodă de diagnostic utilă pentru confirmarea alergiilor de tip rinite alergice, astm, alergii alimentare și dermatită atopică și chiar esofagită eozinofilică. Informațiile oferite sunt foarte prețioase la pacienții polisensibilizați în vederea alegerii corecte a dietelor restrictive în cazul alergiilor alimentare dar și pentru alegerea corectă a vaccinărilor sau imunoterapiilor specifice în cazul alergiilor respiratorii. Este corect să fie indicată de un medic alergolog în urma unui consult de specialitate. Această analiză cu testul Faber poate fi precedată de alte investigații de tipul testărilor cutanate prick sau determinărilor serologice de IgE-uri specifice atât față de extracte alergene cât și față de moleculele alergene.

Testul FABER 244 utilizează o mică cantitate de ser (120 μl). Testul FABER se poate efectua în cazul pacienților de vârstă pediatrică, în cazul persoanelor vârstnice și în toate condițiile în care alte teste nu se pot efectua.

Pentru a efectua testul FABER nu este necesar ca persoanele să fie cu stomacul gol, aceste teste nefiind influențate de administrarea de medicamente inclusiv a celor prescrise pentru tratarea alergi-

ei. Se poate efectua în toate acele cazuri, foarte frecvente, în care pacientul suferă de dermatită generalizată (de ex. urticarie, eczemă) care ar împiedica efectuarea testelor cutanate.

Testul FABER este fundamental în întreaga patologie alergică precum rinite, astm, urticarie, eczeme, anafilaxie, conjunctivită, tulburări ale aparatului gastro-intestinal. Testul FABER este foarte util pentru screeningul și diagnosticarea precoce, în special în cazul subiecților cu istoric bo-

gat de boli alergice, sau când sunt detectate valori de IgE totale crescute. Interpretarea tablourilor de diagnosticare cele mai complexe ale testului FABER este susținută de medici specialiști în alergologie moleculară. Rolul specialistului în alergologie moleculară constă în personalizarea interpretării fiecărui test în parte pe baza rolului desfășurat de fiecare dintre molecule, înțelegând ca markeri de risc și a implicării altor surse alergene evaluate prin intermediul extractelor.



Descoperiți-vă Alergia!
Întrebați medicul alergolog despre testul FABER.



În **BUCUREȘTI** puteți efectua
Testul Faber la Clinica Medicum.
www.clinicamedicum.ro



NOUTATE - Acum puteți efectua
Testul Faber oriunde în țară prin Clinica Sante.
www.clinica-sante.ro



www.allergyfarma.ro



Câteva neîmpliniri ale asistenței primare din România



- a.** Am vrut să obținem o reducere drastică a birocrăției, în folosul actului medical, al profesiei medicale și al pacienților. Prin regândirea sistemelor informatice și prin regândirea desfășurării actului medical. Avem "promisiuni", peste 2-4 ani. Singura mare izbândă este faptul că trimitem pe mail documentele la contractare. Dar asta o facem odată pe an.
- b.** Am vrut să obținem o lărgire a paletei de investigații pe care să le putem recomanda pacienților. Chiar am convenit prin proces verbal. S-au realizat mai puțin de jumătate.
- c.** Am vrut să oferim noi unele investigații simple, dar foarte eficiente: EKG, HolterTA, spirometrii, indice gleznă-braț, unele teste rapide. Plătite de CNAS din bugetul investigațiilor paraclinice. Adică, am dorit să cumpărăm aparatură, să consumăm timp și muncă în favoarea pacienților și a profesiei medicale. Inițial au fost de acord cu o parte dintre ele. Apoi a apărut că ar trebui să se facă gratis! Evident, nimeni nu va investi bani, muncă și timp fără să fie plătit.
- d.** Am vrut să fim, firesc, considerați parte a sistemului medical public și să obținem și noi și asistentele noastre venituri echilibrate față de cele din sistemul bugetar. Cum sunt de exemplu cele din ambulatoriul de spital. Din păcate, nu le pasă.
- e.** Avem în plus o mare problemă legată de "acreditarea cabinetelor". Există o lege defectuoasă, L185, inaplicabilă, care ar putea destabiliza suplimentar cabinetele. Calitatea e una, dar munca birocratică implicită imensă, costurile imprevizibile, potențialele abuzuri sunt inacceptabile. Spre deosebire de spitale, noi nu avem personal dedicat, nici bani alocați pentru așa ceva. Practica europeană nu prevede deocamdată asemenea acreditări.
- Sperăm și insistăm să nu intrăm în aceste proceduri, care, culmea, ar condiționa contractele cu casele de asigurări.

Dr. Rodica Tănăsescu, președinte Societatea
Română de Medicina Familiei

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Descoperă-ți alergia printr-un singur TEST.....	2
Cum scăpăm de miopie?	4
Toxina botulinică - de la otrăvă la medicament, din perspectiva oftalmologului .	6
„Orice medic anestezist trebuie să stăpânească abordarea căii aeriene”.....	8
Evaluarea ultrasonografică a bolii arteriale periferice	10
Imagistica în cardio-oncologie.....	12
Consilierea psihologică în reabilitarea post-AVC .	14
Medicina Integrata Sciencemed trateaza cu rezultate foarte bune atacurile de panica, hipertensiunea arteriala si gastrita!	17
„Societatea plătește costuri foarte ridicate pentru bolile creierului”.....	18
Îngrijirea pielii, cel mai mare organ al corpului .	22
„Orice pacient cu scleroză multiplă poate fi inclus în Programul Național de Tratament” ...	24
„Neurologia este în general o specialitate dificilă, oriunde ai practica-o, întrucât sistemul nervos este cea mai complicată structură biologică pe care o cunoaștem”.....	27
VARICOSALM.....	28
Această instituție trebuie să funcționeze la capacitate maximă 365 zile pe an	30
„Medicii ATI, linia întâi în lupta pentru viață” ...	31

Foto revistă: Shutterstock

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

Editor: Fin Watch
Calea Rahovei, nr. 266-268, Sector 5, București,*
Electromagnetica Business Park, Corp 60, et. 1, cam. 19
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

Tiraj: 25.000 ex.
ISSN 2067-0508



Cum scăpăm de miopie?



Miopia este un viciu de refracție, globul ocular este mai lung, imaginea se formează înaintea retinei, iar din acest motiv, miopul are dificultăți în a vedea obiectele situate la distanță. Din păcate, miopia nu se poate vindeca spontan, adică dioptriile nu scad, miopul trăiește cu aceste dioptrii toată viața, dar se poate corecta cu ochelari, lentile de contact sau operație pentru reducerea dioptriilor.

Dr. Raluca Moisescu

Medic specialist oftalmolog
Clinica de oftalmologie
Ama Optimex
www.amaoptimex.ro
www.scapadeochelari.ro
www.cataracta.ro



Cum aflăm dacă avem miopie?

Cauza principală a miopiei este ereditatea, părinții care au miopie trebuie să fie atenți la copiii lor, mai ales că această afecțiune debutează în copilărie. Dificultatea de a vedea obiectele aflate în depărtare este primul semn care indică miopia. Dioptriile la miopie sunt exprimate cu minus ”-”.

Diagnosticul se stabilește în cadrul unei consultații oftalmologice și în urma măsurătorilor cu aparate speciale (dioptron). Medicul stabilește valoarea și gradul miopiei, eventuale afecțiuni asociate și prescrie metoda de corecție.

Miopia poate fi mică (până în 3 dioptrii), medie (între 3 și 6 dioptrii), mare (peste 6 dioptrii), forte (peste 9-10 dioptrii). Dioptriile au tendința să crească, mai ales în copilărie, pe măsură ce organismul se dezvoltă.

Pot exista și miopii care apar în anumite afecțiuni (distrofie corneană, cataractă), determinate de modificări de calitate ale mediilor transparente ale ochiului (corneei, cristalin). De asemenea, miopia se poate aso-

cia cu astigmatismul, un alt viciu de refracție, caracterizat printr-o curbură neregulată a corneei.

În toate cazurile, doar medicul oftalmolog poate diagnostica și prescrie tratamentul, după efectuarea consultului și a măsurătorilor specifice.

Tratamentul miopiei

Așa cum am scris la început, tratamentul constă în corecție optică cu ochelari sau lentile de contact sau corecție definitivă a dioptriilor cu operație pentru reducerea dioptriilor.

Ochelarii sunt cea mai utilizată și răspândită metodă de corecție. Aceștia se prescriu de către medic, la consult, alegând împreună cu pacientul varianta cu care acesta vede cel mai bine. Ulterior, ochelarii se comandă la un magazin de optică medicală, astăzi existând nenumărate modele de rame și diverse tratamente pentru lentile, cum ar fi tratamentul pentru lumina albastră care protejează ochii de radiațiile UV emise de monitoare. Indiferent de alegere, lentilele ochelarilor trebuie să aibă o calitate bună, pentru a asigura o acuitate vizuală bună.

Lentilele de contact sunt o variantă bună și bine tolerată, însă purtătorii trebuie să aibă grijă la igiena în timpul manipulării acestora și să le poarte respectând indicațiile producătorului,

în ceea ce privește numărul de ore pe zi, număr zile de utilizare, pentru a evita eventualele consecințe.

În cazul în care miopul dorește să scape de ochelari sau lentile de contact, poate opta pentru **operația de reducere dioptrii**. În timpul operației, laserul remodelează corneea, schimbându-i raza de curbură și permițându-i pacientului să vadă fără corecție optică. Pentru miopie, există 3 tehnici laser: PRK, FemtoLASIK, SMILE. Cea din urmă este cea mai modernă, cu recuperare rapidă, fără durere și ne permite să corectăm până la -15 dioptrii combinate miopie și astigmatism. Tehnica se alege în cadrul consultului, după efectuarea unui set de investigații, deoarece depinde de mai multe particularități anatomice ale ochilor. Mai multe despre operațiile pentru reducerea dioptriilor puteți citi pe site-ul de informare al clinicii Ama Optimex: www.scapadeochelari.ro.

Urmărirea evoluției miopiei

Persoanele cu miopie trebuie să efectueze periodic controale oftalmologice, pentru a urmări evoluția dioptriilor și a li se ajusta corecția optică, dar și pentru a se verifica starea retinei. După vârsta de 40 de ani, miopii au un risc mai mare la apariția glaucomului, așa că în cadrul controalelor periodice trebuie determinată și tensiunea intraoculară.



**THE XVITH NATIONAL CONGRESS
OF OPHTHALMOLOGY**
with international participation

SINAIA

27th - 30th SEPTEMBER 2017

ROMANIAN SOCIETY OF OPHTHALMOLOGY

www.ofthalmologiaromana.ro

MAIN SPONSORS



PARTNERS



Toxina botulinică - de la otravă la medicament, din perspectiva oftalmologului

Mai toată lumea știe despre utilizările dermatologice ale toxinei botulinice, dar când propunem injectarea toxinei în strabism, avem de-a face în primă instanță cu mirare și precauție din partea pacienților.

Dr. Oana Andrei,
medic oftalmolog Clinica
oftalmologică Oftapro
021 252 52 01 / 021 252
52 17 / 031 8057824
www.oftapro.ro



Istoria toxinei botulinice

În 1820 a fost documentat primul episod de botulism alimentar, când consumul de carne și cârnați a dat naștere la numeroase decese în regiunea Württemberg din Germania. Medicul Justinus Kerner (1786-1862), a publicat primele descrieri exacte ale simptomelor botulismului alimentar și a atribuit intoxicația unei otrăvi biologice. Kerner a afirmat, de asemenea, că toxina ar putea fi utilizată în scopuri de tratament (hipersalivatie, hiperhidroz și a.).

În 1895, un focar de botulism după o ceremonie funerară într-un sat belgian a condus la descoperirea agentului patogen "Clostridium botulinum" de către Emile Pierre van Ermengem. La începutul secolu-

lui al XX-lea s-au făcut primele încercări de cristalizare a toxinei botulinice, iar Edward J. Schantz este cel care a cristalizat toxina botulinică de tip A, utilizată ulterior clinic.

În 1971, Daniel Drachman a arătat că injectarea unor cantități minime de toxină botulinică de tip A în spatele păsărilor provoca denervarea locală, urmată de paralizia picioarelor.

În 1979, Lance Simpson a descris mecanismul de acțiune al toxinei botulinice: legarea, internalizarea și întreruperea eliberării neurotransmițătorilor.

Pamphlett a clarificat că nu există nici moarte celulară, nici degenerare axonală, iar terminațiile nervoase afectate nu degenerază, deci toxina botulinică nu este citotoxică.

Utilizarea în scop medical a toxinei botulinice a fost făcută pentru prima dată în oftalmologie, în strabism, de dr. Alan Scott, oftalmolog, în San Francisco. În 1973, inspirat de publicațiile lui Daniel Drachman și utilizând aceeași sursă de toxină botulinică de tip A cristalizată, Alan Scott a injectat primii mușchi extraoculari

la maimuță și a observat corectarea deviației oculare.

În 1977 a făcut prima injectare de toxină botulinică la un pacient cu strabism, iar în 1980 a publicat primul studiu clinic în care a fost injectată toxină botulinică în mușchii extraoculari ai pacienților cu strabism.

În Europa, toxină botulinică a fost adusă în 1982 și popularizată în tratamentul strabismului prin studii multiple de John Lee, oftalmolog la Moorfields Eye Hospital, Londra.

Cum se utilizează toxina botulinică în strabism?

Injectarea unei cantități extrem de mici (fără potențial toxic) în mușchiul extraocular determină slăbirea activității aceluși mușchi pentru o perioadă variabilă de timp (în general 2-3 luni). Efectul de slăbire a mușchiului este total reversibil. Injectarea toxinei botulinice se poate face în mai multe feluri, fie prin vizualizarea directă a mușchiului, fie sub control electromiografic.

Riscurile procedurii sunt minime, iar efectele sunt nu de puține ori uimitoare.



37TH ESOPRS ANNUAL MEETING

13 - 15 SEPTEMBER
BUCHAREST, ROMANIA

EUROPEAN SOCIETY OF OPHTHALMIC PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY

www.esoprs2018.ro

2018



„Orice medic anesteziat trebuie să stăpânească abordarea căii aeriene”

Interviu realizat cu Conf. Dr. Dan Corneci, Șeful Clinicii ATI a Spitalului Universitar de Urgență Elias



are multiple implicații în terapie intensivă. Sunt pacienți cu boli neurologice severe, care necesită ventilație mecanică, de exemplu miastenia gravis, sau cu boli hematologice care necesită plasmafereză, în 5-7 ședințe efectuate în zile consecutive sau la interval de două zile. Rezultatele sunt bune, uneori spectaculoase, fapt constatat și cazul pacienților noștri. Bineînțeles, sunt și cazuri la care răspunsul este mai dificil, la care trebuie combinate aceasta terapie cu tratamentul specific sau alte metode adjuvante.

M-am axat în principal pe această tehnică a plasmaferezei pe care o efectuăm de regulă în clinică pentru indicațiile clasice dar a fost efectuată și în situații particulare, specifice terapiei intensive, de genul insuficienței hepatice cronice acutizate sau pancreatită.

Este o tehnică ce se efectuează din ce în ce mai des în clinicile de terapie intensivă de la noi din țară și de care se ocupă medicul intensivist. În străinătate această tehnică depinde de modul cum este organizat sistemul medical, spre exemplu, sunt centre de

tehnică extracorporale unde sunt specialiști din diverse domenii care efectuează dializă continuă, plasmafereză etc, (nefrologi, intensivisti sau alte specialități).

A doua temă despre care doresc să discut face parte dintr-o categorie mai largă, a monitorizării profunzimii anesteziei. Noi știm că anestezia generală nu trebuie să fie nici prea superficială dar nici prea profundă. Ambele variante sunt de evitat. Până acum 15-20 de ani nu ne puteam gândi că ar fi posibil să monitorizăm atât de exact profunzimea anesteziei și acum avem niște instrumente, zic eu destul de valoroase, care ne pot orienta în sala de operație. Acest index bispectral este folosit de mulți ani și dă o anumită siguranță anesteziștilor că efectuează anestezia la nivelul de profunzime care trebuie, dar, cu toate acestea, are foarte multe inexactități. Această tehnică ne poate da rezultate fals pozitive sau negative și putem să ne înșelăm în sala de operație, deși indexul bispectral spunem că l-am menținut la valori foarte bune în timpul anesteziei; după operație, pacientul ne poate spune că a auzit ceva sau că s-a trezit în timpul anesteziei sau dimpotrivă, anestezia a fost prea profundă. Acest index poate fi afectat și de posibila patologie neurologică a pacientului sau și de alte droguri anestezice care nu erau destinate hipnozei. Este bine

Care este tematica la care doriți să vă referiți și care vă preocupă, domnule conferențiar?

Am considerat că ar fi util să discut despre o tehnică prin care plasma pacientului este înlocuită, întrucât în anumite afecțiuni apar în plasma pacientului anticorpi și complexe imune care determină boli extrem de grave. Rămân în vasele sanguine celulele și o mică parte din plasma pacientului, substituentul fiind ori plasmă de la alți pacienți ș.a. Această tehnică se numește plasmafereză și

să ne întrebăm mereu și să nu luăm o tehnică drept infailibilă.

Cum comparați resuscitarea vârstnicului cu a unui pacient tânăr, copil.

În primul rând conformația anatomică a pacientului pe care noi o evaluăm pe baza unor măsurători, ne orientează înainte de a face manevra cam cât de dificil ar putea fi abordarea căii aeriene. Toți acești indici adunați de multe ori nu sunt perfecți și putem avea surprize după ce a început manevra. Dacă noi vom ști să evaluăm bine pacientul înainte de a ne apuca să abordăm calea aeriană, vom alege metoda cea mai apropiată de realitate. În afară de conformația individului, vârsta într-adevăr ridică probleme în sensul că scade mobilitatea la nivelul unor articulații importante pentru abordarea căii aeriene, coloana cervicală nu mai este suficient de mobilă și atunci putem avea probleme. În situația pacientului vârstnic, obezitatea, sindromul de apnee în somn ridică probleme.

Orice medic anestezist trebuie să stăpânească abordarea căii aeriene chiar și la copiii foarte mici. Accesul vascular poate fi o problemă în cazul acestora sau dispozitivele inadecvate pentru vârsta copilului. În spitalul Elias avem secție de pediatrie și nu de puține ori am fost solicitați pentru insuficiență respiratorie la copiii sub 1 an. Spre exemplu, am fost solicitat în gardă pe secția pediatrie la un bebeluș în vârstă de o lună și o săptămână (era de domeniul neonatologiei dar a fost solicitată garda de ATI) și totul a decurs bine.



Peste 3000 de articole medicale de la o singură sursă

 **Medisal**
dispozitive medicale

Târgu Mureș,
Str. Gheorghe Doja, Nr. 234
Telefon : 0265 211 411
Fax: +40 265 211 412

**Vă așteptăm la noua noastră
adresă cu spații dublate
de showroom și depozitare !**

Email: office@medisal.ro
Comenzi: comenzi@medisal.ro
Informații: info@medisal.ro
Tehnic: suport@medisal.ro

www.medisal.ro

Evaluarea ultrasonografică a bolii arteriale periferice

Ultrasonografia Doppler este o modalitate neinvazivă de diagnostic a bolii arteriale periferice care permite diagnosticarea stenozei arteriale prin vizualizarea directă a plăcilor de ateroscleroză dar și prin analiza aspectului undelor Doppler.

Asist. Univ.

Dr. Larisa ANGHEL

Prof. Univ. Dr. Cătălina
Marina ARSENESCU

Ateroscleroza este o boală sistemică a arterelor mari și mijlocii care determină îngustarea focală sau difuză a lumenului arterial ca urmare a acumulării de material lipidic și fibros. Boala arterială periferică (BAP) este consecința arterosclerozei arterelor mari. Îngustarea progresivă a vaselor arteriale conduce la instalarea stenozei, cu scăderea fluxului sanguin.

Prevalența globală a bolii arteriale periferice este între 3 și 12 %. În 2010, 202 milioane de persoane din întreaga lume erau diagnosticate cu boală arterială periferică. În Europa și America de Nord, se estimează că aproximativ 27 de milioane de persoane sunt afectate, cu un număr de aproximativ 413.000 de cazuri noi anual. Din anul 2000 până în anul 2010, numărul pacienților diagnosticați cu boală arterială periferică a crescut cu 29% în țările cu venituri mici / medii și cu

13% în țările cu venituri ridicate.

Factorii de risc pentru boala arterială periferică sunt vârsta peste 70 ani, fumatul, diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, dislipidemia, boala renală cronică iar dintre aceștia, fumatul și diabetul zaharat se asociază cu cel mai mare risc de afectare a membrului inferior.

Cea mai simplă metodă de screening este măsurarea indicelui gleznă-braț, care se obține făcând raportul dintre tensiunea arterială la nivelul gleznei și cea mai mare valoare a tensiunii arteriale la nivelul brațului. Indicele gleznă-braț este o metodă cu o sensibilitate de 90 % și o specificitate mare, de 98%.

Ultrasonografia Doppler este de cele multe ori primul pas în evaluarea bolii arteriale periferice, fiind utilizată atât ca modalitate de screening cât și de diagnostic. În prezent, ultrasonografia Doppler include atât ecografia în modul B, cât și utilizarea examenului Doppler pulsat, color sau power Doppler în vederea identificării, localizării dar și cuantificării extensiei și severității leziunilor vasculare. Ecografia în modul B este o me-

todă fiabilă pentru măsurarea grosimii peretelui vaselor sanguine, care a fost studiată în principal pentru arterele carotide. Grosimea peretelui este validată în studii epidemiologice și intervenționale ca un marker pentru afectarea aterosclerotică și reprezintă un predictor de morbi-mortalitate cardiovasculară. De asemenea, ultrasonografia Doppler arterială permite o evaluare vasculară completă la diferite nivele și este deseori prima etapă în diagnosticul paraclinic. Modalități recente de diagnostic precum ultrasonografia 3D sau utilizarea agenților de contrast, au permis îmbunătățirea performanțelor ultrasonografice.

Evaluarea ultrasonografică este singura modalitate neinvazivă de diagnostic a bolii arteriale periferice, nu necesită utilizarea substanței de contrast, pregătirea pacientului înainte de studiu sau expunerea la radiații. Ea este o metodă bună pentru screening, diagnostic și urmărirea evoluției pacienților cu boală arterială periferică. Examenul Doppler Color permite identificarea cu ușurință a arterelor dar și detectarea unor stenoze

sau ocluzii arteriale. Examenul Doppler pulsat poate detecta cu ușurință viteza sistolică la nivelul arterelor și permite evaluarea severității stenozelor pe baza analizei aspectului undei în Doppler spectral.

Ecografia Doppler este utilizată de obicei, ca primă metodă imagistică pentru detectarea și evaluarea severității stenozelor carotidiene în porțiunea extracraniană.

Cu toate că evaluarea ultrasonografică poate fi influențată de calcificările severe carotidiene, de tortuozitatea vaselor, de prezența leziunilor suprapuse și de fluxul lent și turbulent în cazul stenozelor severe, această metodă imagistică permite o estimare fidelă a gradului stenozelor, precum și aprecierea morfologiei plăcilor, atunci când este efectuată de un examinator cu experiență.

Evaluarea ecografică are un rol important și în diagnosticul stenozelor de arteră subclaviculară, mai ales în diferențierea stenozelor de leziunile ocluzive, în determinarea direcției fluxului de sânge în artera vertebrală dar și pentru evaluarea prezenței concomitente a unei stenoze de arteră carotidă.

Din punct de vedere al evaluării ultrasonografice a severității leziunilor arteriale de la nivelul membrelor inferioare, trebuie să precizăm că această metodă este consumatoare de timp. Practic, evaluarea completă a axului arterial de la nivelul membrelor inferioare poate dura și până la două ore, în funcție de experiența examinatorului.

Evaluarea ultrasonografică este metoda de screening de primă intenție pentru detectarea stenozelor de arteră renală de cauză aterosclerotică. Ea poate fi utilizată pentru a evalua gradul stenozei și pattern-ul funcțional, care include vitezele fluxului în artera renală și rezistența vasculară. Creșterea vitezei sistolice maxime la nivelul arterei renale principale asociată cu turbulența poststenotică sunt cel mai frecvent utilizate pentru a determina o stenoză de arteră renală semnificativă. Limitele evaluării ultrasonografice sunt reprezentate de dificultatea vizualizării arterei renale în întregime și riscul de a nu determina cea mai înaltă valoare pentru viteza sistolică maximă, în timpul scanării cu Doppler-ul spectral. Arterele renale accesorii nu sunt în general bine exa-

minate sau chiar identificate în cazul evaluării ecografice.

Evaluarea prin ultrasonografie Doppler arterială furnizează așadar informații ample, despre anatomia arterelor și fluxul de sânge. Rezultatele câtorva metaanalize au arătat că examenul ultrasonografic are o sensibilitate de 85-90% în a detecta o stenoză > 50% apreciată angiografic, cu o specificitate de > 95%. Aceste rezultate depind în mare măsură de experiența examinatorului, ceea ce obligă la o calificare și o formare profesională adecvate. Ecografia 2D și examenul Doppler color ajută la localizarea leziunii, în timp ce gradul stenozei se apreciază, în principal, pe baza analizei spectrale a undelor Doppler și pe calcularea vitezelor sistolice maxime și a raporturilor lor. Evaluarea ultrasonografică este de asemenea, foarte utilă pentru evaluarea pacienților după angioplastie sau pentru a monitoriza patența grafturilor de bypass. Având în vedere toleranța excelentă și absența expunerii la radiații, evaluarea ultrasonografică reprezintă metoda de elecție pentru evaluarea de rutină a pacienților în perioada de urmărire.

CONFERINȚA NAȚIONALĂ DE RADIOLOGIE ȘI IMAGISTICĂ MEDICALĂ "De la morfologie la funcție"

21 - 22 septembrie / Eforie Nord / Constanța

20 SEPTEMBRIE - CURS PRE-CONFERINȚĂ

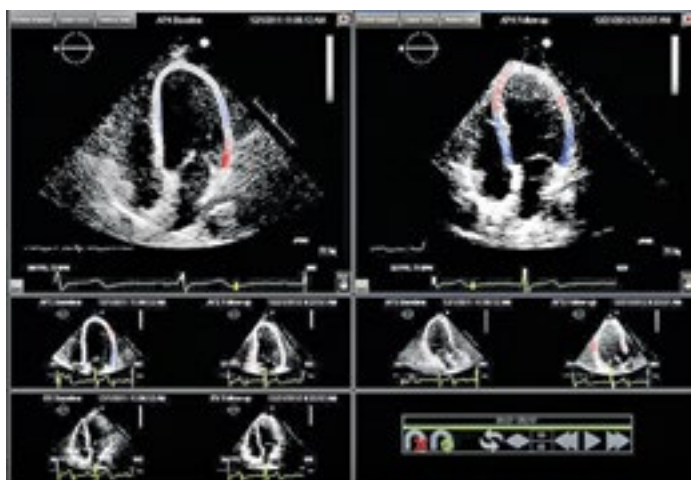
"Imaging updates: from radioprotection to contrast media, pitfalls and mistakes"



Imagistica

În cardio-oncologie

Magnitudinea problemei a crescut: dacă până în anul 2014 se aprecia că supraviețuiesc 14,5 milioane de oameni cu diagnosticul de cancer, acum se gândește că până în anul 2020 populația supraviețuitoare va crește cu 31%. Această creștere acoperă toate tipurile de cancer – în proporții relativ asemănătoare. Cancerul și bolile cardiovasculare pot coexista în proporții apropiate de-a lungul vieții bolnavilor.



Tratamentul antineoplazic poate provoca disfuncție contractilă, hipertensiune arterială, ischemie miocardică, tromboembolism pulmonar, aritmii; radio-terapia crește riscul mortalității cardiovasculare prin sporirea riscului de boală cardiacă, tromboembolism pulmonar, boală vasculară.

Practic – toate ghidurile se înscriu în administrarea continuă a terapiei oncologice la bol-

navii care au adesea o patologie asociată care le crește riscul.

Noi am lucrat printr-o teză de doctorat (Dr. Anca Maria Popară-Voica) la „determinarea efectelor toxice ale chimioterapiei asupra cordului”.

Concluziile studiului nostru se referă la necesitatea monitorizării active a pacienților ecografici care primesc tratament antiangiogenic și a

colaborării strânse oncolog-cardiolog.

Tratamentul antiangiogenic induce la jumătate din pacienți agravarea HTA preexistentă și apariția HTA de novo plus reducerea parametrilor de funcție sistolică a ambilor ventriculi.

Totuși disfuncția cardiacă trebuie privită ca o consecință a toxicității miocardice intrinseci a terapiei în discuție, HTA preexistentă fiind factorul permisiv/precipitant major al cardiotoxicității acestei terapii.

Desigur – studiul tuturor acestor factori imagistici în cardio-oncologie este în plină desfășurare și rezultatele sale sunt așteptate.

Prof. Dr. Carmen Ginghină

Șeful Clinicii de Cardiologie, Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare, „Prof. C.C. Iliescu”, UMF Carol Davila



**SOCIETATEA ROMÂNĂ
DE CARDIOLOGIE**



**AL 57 LEA
CONGRES NAȚIONAL
DE CARDIOLOGIE**

19 - 22 septembrie 2018 / Sinaia - ROMANIA

www.cardioportal.ro



Pentru informații:

Event Management:



**SOCIETATEA ROMÂNĂ
DE CARDIOLOGIE**

Secretariatul Societății Române de Cardiologie

Tel/Fax: 021 250 01 00

E-mail: office@cardioportal.ro

www.cardioportal.ro



www.mediamed.ro

Consilierea psihologică în reabilitarea post-AVC

În viața unei persoane care a suferit un accident vascular cerebral (AVC) se produc schimbări majore, manifestate pe toate planurile: somatic, cognitiv-afectiv, imagine de sine, relațional-familial și socio-profesional.

Rozeta Drăghici,

Institutul Național
de Gerontologie și Geriatrie
„Ana Aslan”

Paula Onu, Institutul Clinic
Fundeni București

Consilierea psihologică joacă un rol esențial în evoluția post-AVC, având obiective diferite în funcție de caracterul manifestărilor clinice reversibile spontan sau asistat/ ireversibile, dar și în funcție de vârsta pacienților.

Reabilitarea după un accident vascular cerebral nu presupune doar recuperarea unor disfuncții motorii, senzitive, senzoriale sau emoționale, ci și asigurarea unei reintegrări familiale și sociale corespunzătoare desfășurării unei vieți cât mai normale.

Accidentele vasculare cerebrale (AVC) reprezintă principalul factor etiologic al instalării dizabilităților pe termen lung, a doua cauză de apariție a demenței, cea mai frecventă cauză de epilepsie la vârstnici și o cauză frecventă pentru instalarea depresiei.

Indiferent dacă sunt hemoragice sau ischemice, primare sau repetate, accidentele vasculare cerebrale produc schimbări majore în viața individului, atât în plan somatic, cât și în plan psihologic.

În plan somatic, vorbim despre apariția unor deficite motorii (hemipareze/ hemiplegii, dificultăți de mers), limitarea/ reducerea activităților zilnice ce asigură autonomia personală, apariția incontinențelor sfincteriene etc.

În plan psihologic, se produc:

- modificarea imaginii de sine (“ce eram și ce am ajuns...”);
- deficite cognitive: mnezice, prosexice, de limbaj expresiv sau/și receptiv. Unele dintre acestea pot fi reversibile, spontan sau prin intervenții specifice, altele rămân ireversibile sau pot progresa spre demențe vasculare sau mixte;
- tulburări ale dispoziției afective: de la sentimente de neputință, revoltă, negativism, până la depresie reactivă;
- accentuarea personalității premorbide/sindromul pse-

udobulbar (dificultatea de a vorbi): manifestări frecvent întâlnite post-AVC;

- relațional-familial și socio-profesional: schimbarea unor roluri în familie, dependență fizică și emoțională față de alți membri ai familiei, limitarea rolurilor și a statuturilor socio-profesionale, limitarea drastică a contactelor sociale.

În viața pacientului cu AVC se produc schimbări pe toate planurile. Unele dintre acestea sunt reversibile spontan după o anumită perioadă de timp, altele pot deveni reversibile prin implicarea pacientului într-un proces complex, multidisciplinar, de recuperare psiho-neuro-motorie. O parte dintre ele vor rămâne ireversibile sau vor fi progressive, de ex. pacienții cu AVC-uri repetate, mai ales ischemice au un risc mare de a instala demență vasculară.

Consecințele psihopatologice ale AVC pot fi:

- simptome persistente: paralizia unor funcții motorii,

deficite senzoriale, deficite de percepție, de echilibru, afazie (tulburări de vorbire), depresie, tulburări mnemice (memorie), dezorientare, stări confuzionale;

- afectarea performanțelor motorii și cognitive ale supraviețuitorilor;
- efecte catastrofale asupra calității vieții bolnavului și a familiei acestuia.

Reabilitarea post-AVC presupune recuperarea unor disfuncții motorii, senzitive, senzoriale, emoționale și asigurarea reintegrării familiale și sociale a pacientului. Această reabilitare presupune constituirea unei echipe multidisciplinare specializate, care va analiza particularitățile cazului, va stabili obiectivele și metodele folosite în reabilitare, de comun acord cu pacientul și aparținătorii lui, apoi va pune în practică acest proces.

Consilierea psihologică are un rol esențial în evoluția post-AVC.

> Obiectivele procesului de consiliere psihologică vor fi stabilite **în funcție de caracterul manifestărilor ce au intervenit** (reversibil spontan sau asistat/ ireversibil).

1. Obiectivele consilierii psihologice a pacienților cu manifestări somatice/ psihice reversibile spontan sunt: înțelegerea mecanismelor neurofiziologice care au dus la apariția AVC-ului; conștientizarea stilului de viață /

atitudinea față de sine; construirea unor obiective personale care să ajute la prevenirea altor AVC-uri; modificări în ritmul / regimul de viață; modificarea atitudinii în relația medic-pacient și responsabilizarea pacientului pentru un stil de viață sănătos.

Pentru această categorie de pacienți, consilierea psihologică reprezintă un proces de asumare a responsabilității. Acest proces pornește de la informare și conștientizare a cauzelor care au determinat AVC-ul, definirea și asumarea obiectivelor personale, găsirea resurselor afectivo-emoționale și motivaționale menite să acționeze în sensul atingerii acestor obiective.

2. Obiectivele consilierii psihologice a pacienților cu manifestări somatic / psihice reversibile asistat, printr-un proces de recuperare psiho-neuro-motorie sunt: înțelegerea mecanismelor neurofiziologice care au dus la apariția AVC-ului și care vor contribui la recuperarea / reabilitarea sa (în limbaj accesibil pacientului); responsabilizarea sa pentru un rol activ în relația cu echipa terapeutică (medic curant, kinetoterapeut, ortofonist – specialist în reeducarea vorbirii, psiholog, asistenți medicali); evaluarea și reevaluarea neuropsihologică periodică (memorie, limbaj, atenție, afectivitate etc).

Pentru această categorie de pacienți, asistarea psihologi-

că și suportul emoțional pentru redescoperirea resurselor personale sunt necesare pe toată durata procesului, atât pentru pacient cât și pentru persoana sau familia care îl îngrijește.

3. Obiectivele consilierii psihologice a pacienților cu manifestări somatice și psihice progresive sau greu reversibile sunt: oferirea suportului emoțional-afectiv pentru pacient și familia acestuia; găsirea unor resurse și resorturi interioare pentru a accepta caracterul stabil, uneori chiar progresiv, al acestor modificări în viața lor; susținerea deschiderii spre o dimensiune existențialistă/ spiritual. Pentru această categorie de pacienți, consilierea psihologică presupune asigurarea unui cadru suportiv pentru consolidarea relațiilor dintre membrii familiei, cu asigurarea îngrijirilor fizice și emoționale necesare pacientului; acceptarea schimbărilor care intervin în rolurile familiale, sociale și profesionale

> Obiectivele consilierii psihologice suferă modificări și în funcție de vârsta pacienților. Statisticile actuale ne arată că 75% dintre cazurile cu AVC apar după vârsta de 65 de ani (vârsta la care se asociază comorbidități multiple, manifestări greu reversibile sau progresive și un proces de recuperare neuro-psiho-motorie mult mai dificil). Există destule cazuri cu AVC la copii și persoane tinere. În

ultimii ani întâlnim tot mai des în clinicile neurologice sau de recuperare medicală pacienți care au suferit un AVC la vârste cuprinse între 30-50 de ani. În aceste cazuri vorbim despre oameni care anterior AVC-ului erau activi socio-profesional, cu responsabilități familiale (ex. copii sau vârstnici în îngrijire), ceea ce generează probleme specifice, prin urmare obiectivele consilierii psihologice vor fi specifice:

- Asigurarea complianței la tratament, mai ales după externarea din spital;
- Acceptarea investigațiilor periodice și a condiției de pacient cronic;
- Acceptarea schimbărilor necesare în stilul de viață (regim alimentar specific, ritm somn-veghe echilibrat etc.);
- Acceptarea schimbărilor de status profesional sau de roluri familiale (pensionare temporară sau definitivă, invaliditate, scăderea autonomiei și dependența de alte persoane etc.)
- Reintegrarea socială, care uneori este greoaie chiar și în cazul pacienților tineri.

➤ O formă specifică de consiliere psihologică este consilierea suportivă. Aceasta este considerată de OMS cea mai răspândită metodă terapeutică nonfarmacologică în psihologie și psihiatrie. Ea are la baza o relație terapeutică desfășurată într-o atmosferă securizantă, cu valențe reasiguratoare pentru pacient. Consilierea suportivă se poa-

Consilierea psihologică a pacientului și a familiei sale se va desfășura în trei mari direcții:

Stabilirea nevoilor de reabilitare și a metodelor de intervenție;

Consilierea pacientului cu privire la diverse aspecte ale vieții de relație și cu privire la etapele reabilitării;

Consilierea familiei pentru abilitarea implicării acesteia în procesul de recuperare și susținere emoțională a bolnavului.

te realiza în cadru individual (psiholog-pacient) sau în cadru familial (psiholog-pacient și/sau membrii familiei lui).

În cadrul ședințelor de consiliere individuală, cele mai importante obiective sunt legate de: informarea și educarea pacientului în raport cu boala de care suferă; susținerea/reechilibrarea emoțională; identificarea trăirilor pacientului, pentru o abordare eficientă în scopul corectării, reorientării acestora sau în vederea suportului emoțional adecvat; asistarea pacientului în căutarea unui sens pentru ceea ce trăiește; recăpătarea controlului cognitiv asupra situației; deblocarea resurselor adaptative pentru a face față situației.

În cadrul ședințelor de consiliere a familiei pacientului se realizează conștientizarea nevoilor de recuperare, dar și in-

formarea cu privire la metodele de intervenție și etapele recuperării. Sunt vizate dezvoltarea unor comportamente adecvate, menite să sprijine procesul de creștere a autonomiei personale și reintegrarea socială, ca și reducerea temerilor și gestionarea emoțiilor. Sprijinul terapeutic se acordă în egală măsură pacientului și familiei sale.

Pacientul și familia acestuia trebuie să conștientizeze importanța recuperării post-AVC, să învețe să compenseze deficiențele instalate și să realizeze o recuperare funcțională normală. Există anumiți factori de risc care pot fi evitați, iar profilaxia unui nou AVC presupune schimbarea stilului de viață. Rolul consilierii psihologice se regăsește atât în prevenție cât și în recuperare în cazul accidentului vascular cerebral.

Medicina Integrată Sciencemed tratează cu rezultate foarte bune atacurile de panică, hipertensiunea arterială și gastrita!

Vă prezentăm cazul unui pacient tratat în clinica noastră și care a obținut rezultate deosebite în afecțiunile pentru care s-a prezentat cu ajutorul terapiei aplicate.

Pacientul C.C în vârsta de 54 ani se prezintă în Clinica Sciencemed București cu următoarele probleme:

- atacuri de panică (3-4 episoade /saptamana), simte o sufocare atunci când intră într-un spital și în spații înguste, cu senzație de moarte iminentă și strângere în zona gâtului iar respirația se îngreunează (de 10 ani de zile)
- dezlipire de retina
- hepatita virus C pasiv de 32 ani
- litiaza biliară
- acuza dureri de coloana zona lombo-sacrală și în zona cervicală (de 2 ani de zile), amorteală în zona mâinilor la trezire;
- HTA sub tratament cu episoade de H.T.A (valori 160-180/80 mmHG)
- gastrita eritematoasă (senzație de balonare, arsura, durere, intoleranță față de anumite alimente)
- scaune diareice

În clinica noastră pacientul efectuează o consultație completă de medicină integrată care are ca scop stabilirea dezechilibrelor energetice (cu ajutorul aparatului de biorezonanță) și stabilirea dezechilibrelor de funcție celulară la nivelul tuturor aparatelor și sistemelor (cu electrosomatografia interstitală).

Aparatul de biorezonanță ne indică blocaje energetice maxime la nivelul celor 7 chakre, la nivelul sistemului olfactiv și sistemului nervos vegetativ, dezechilibre energetice maxime și semnificative la nivelul sistemului musculo-scheletic, la nivelul creierului, aparatului digestiv și aparatului cardiovascular.

Electrosomatografia interstitală ne indică dezechilibre de funcție celulară maxime și semnificative la nivelul aparatului cardiovascular, stomacului, intestinului subțire, pancreasului, ficatului, sistemului nervos vegetativ și la nivelul sistemului musculo-scheletic.

În cadrul discuției cu pacientul (anamneza homeopată) se stabilește un remediu homeopat care acționează la nivel fizic, mental și emoțional; eficiența acestui remediu este testată pe loc cu ajutorul aparatelor.

Pacientul primește tratament cu tablete impregnate informațional cu aparatul de biorezonanță (acestea au rolul de a restabili echilibrul informațional la nivelul tuturor aparatelor și sistemelor ce prezintă dezechilibre la scanare), remediu homeopat cu rol în stabilirea echilibrului fizic, mental și emoțional, remediu floral bach pentru echilibru emoțional, remedii gemoterapice și fitoterapice adaptate simptomelor pentru care se prezintă pacientul.

După 4 luni de tratament și 20 sedințe de echilibrare energetică cu aparatul de biorezonanță

se îmbunătățește considerabil starea psihică a pacientului (cu 70%, atacurile de panică se reduc în intensitate iar pe durata celor 3 luni de tratament au mai apărut de 3 ori), se remită durerile abdominale, senzația de arsura și balonarea. Pacientul poate consuma alimente pe care nu le tolera anterior tratamentului și își reia activitatea în condiții normale. T.A s-a stabilizat, nu au mai apărut episoade de H.T.A, a scăzut progresiv stabilizându-se la valori de 120-130 /70 mmHG.

Durerile din zona lombo-sacrală s-au remis în proporție de 70%, mai apar doar la efort, senzația de amorteală din zona mâinilor s-a remis complet.

Tranziția este normală, scaunele diareice s-au remis după începerea terapiei la un interval de 2 luni.

Medicina integrată Sciencemed tratează omul ca un întreg, deoarece noi considerăm că starea de sănătate reprezintă mai mult decât absența bolii. Sănătatea înseamnă armonie la nivel fizic, mental, emoțional, celular și energetic.

www.sciencemed.ro

Clinici Sciencemed în România:

București 0723175208

Buzău 0735779330

Cluj Napoca 0740204633

Timișoara 0728053976



ȘTIINȚA ÎN ARMONIE CU NATURA.

„Societatea plătește costuri foarte ridicate pentru bolile creierului”

Interviu realizat cu doamna Prof. Dr. Cătălina Tudose,
Președinte Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie

Se poate vorbi despre o creștere în ultima perioadă, a numărului de afecțiuni psihiatrice la nivel mondial și național?

Pe plan internațional se efectuează multe studii care dovedesc că incidența și prevalența bolilor psihice este deja foarte mare și continuă să crească. Valorile sunt mult mai mari decât s-au așteptat inițiatorii cercetărilor. De fapt, în afara studiilor epidemiologice clasice, începând din 2010, European Brain Council, o nouă structură europeană care studiază bolile creierului, plecând de la observația că societatea plătește niște costuri foarte ridicate pentru acest tip de boli, au făcut noi evaluări privind costurile, atât directe cât și indirecte, atât medicale și non-medicale. Astfel s-a constatat că pe primul loc se situează demențele, apoi depresiile, urmate de alte tulburări psihice cum ar fi tulburările anxioase, tulburările psihotice, tulbu-

rări de somn, consumul de substanțe etc. Bolile grave de care ne temem cu toții, cum ar fi scleroza în plăci sau tumorile cerebrale au incidență mult mai scăzută, față de cele menționate, care sunt extrem de răspândite.

Există la ora actuală proiecte legate de psihiatria socială și comunitară?

Pe plan internațional se fac multe eforturi pentru a orienta atenția guvernanților atât asupra aspectelor legate de prevenție cât și asupra intervențiilor curative în acest domeniu, deoarece costurile plătite de societate sunt foarte ridicate: delincvența, absenteismul – începând de la școală până la locul de muncă, dificultățile de adaptare, conflictele, costurile familiilor: divorțuri, despărțiri, copii abandonți ș.a.m.d., la care se adaugă costurile propriu-zise ale tratamentelor (spitalizări, investigații, medicamente). O analiză a situației evidențiază de cele mai multe ori o tul-

burare psihică ignorată, în consecință nedagnosticată și netratată. Aceste constatări dictează politicile OMS și recomandările care se fac de la nivelul Parlamentului European pe probleme de sănătate mintală.

Din păcate În România, una din primele decizii nefericite care s-au luat după 1989 a fost desființarea Institutului de psihiatrie și neurologie (1990); era un institut în care se realizau studii de cercetare fundamentală și clinică, studii epidemiologice, studii cost/eficiență, proiecte pilot de asistență în domeniul psihiatriei și sănătății mintale. De aceea, acum nu mai avem studii riguroase. Ceea ce observăm însă cu toții este supraaglomerarea serviciilor de asistență medicală de specialitate, iar populația se informează din surse on-line, marea majoritate neautorizate. În lume, în ultimii 10-15 ani, s-au desfășurat ample campanii de informare și educație a populației, conform unor strategii guvernamentale bine definite, de ex. în domeniul

depresiilor (U.S.A, Anglia, țările nordice). S-a urmat modelul altor afecțiuni - cancerul, diabetul, bolile metabolice, hipertensiunea, prevenția accidentelor vasculare cerebrale; în toate aceste domenii s-au făcut mari progrese prin educația corectă a publicului. În ceea ce privește suferințele sistemului nervos central, tulburările psihice, disfuncțiile cognitive nu au existat preocupări susținute de psihoeducație. Abia în ultimii ani, în țări europene aceste programe de prevenție primară au început să funcționeze. La noi se discută doar sporadic despre aceste probleme, cu ocazia Zilei Internaționale a Sănătății Mentale (OMS), a conferințelor de presă organizate de asociațiile profesionale, a simpoziunilor și congreselor de psihiatrie și mai ales cu ocazia incidentelor provocate de persoane cu tulburări psihice, intens și inadecvat mediatizate de altfel.

Faptul că niciodată nu se analizează în profunzime cauzele care au condus la aceste situații limită, modalitățile prin care puteau fi prevenite și mai ales preîntâmpinate pentru viitor explică de ce lucrurile nu progresează. În consecință nu se înființează servicii de asistență comuni-

tară psihiatrică, nu se reglementează sistemul asistenței de urgență în psihiatrie, nu se asigură o pregătire mai temeinică a studenților în facultatea



de medicină sau a rezidenților specialiști în medicina de familie (de ex. din 4 ani de studiu în rezidențiat un medic de familie are doar o lună de pregătire în domeniul psihiatriei, deși mai mult din jumătate din cazuistica de care se va ocupa va fi reprezentată de suferințe de acest fel)

De asemenea, există un recent ordin de ministru (2018) care prevede specializarea asistenților medicali în competența psihiatrie. După absolvire, asistenții medicali sunt de obicei repartizați direct într-o secție de psihiatrie, fără nici o pregătire specială. Formarea nu este însă obligatorie, ea nu se reflectă în nivelul de salarizare și nu este nici

o diferență în ceea ce privește responsabilitățile profesionale, deocamdată. Să sperăm că lucrurile se vor regla, treptat. În străinătate, specializarea în psihiatrie a asistentului medical presupune studii obligatorii pentru o durată de 3 ani după pregătirea de bază.

Ce ne puteți spune despre Legea sănătății Mentale de la noi din țară?

Noi avem o lege a sănătății mentale, diferită de legea sănătății, deși poate că ar fi trebuit să fie inclusă în legea sănătății, să fie cunoscută și acceptată și de ceilalți specialiști.

În prezent există un grup de lucru care încearcă să aducă modificări legii sănătății mentale și mai ales să o armonizeze cu celelalte legi în vigoare: legea sănătății, legea asistenței comunitare, legea normării de personal, legislația cu privire la apărarea drepturilor pacienților, normele de garantare a calității serviciilor. Aceste legi au multe articole contradictorii, astfel că medicii psihiatri care au de altfel întreagă responsabilitate, sunt evaluați și adesea sancționați în funcție de evaluator și din perspectiva legii pe care acesta o aplică.

De exemplu, în ceea ce privește normarea cu personal, numărul psihologilor care se pot încadra într-o secție de psihiatrie este egal cu acela dintr-o secție de neurochirurgie sau oncologie, respectiv de un psiholog la 70 de pacienți, în condițiile în care normele de aplicare a legii sănătății mintale prevăd ca în secțiile de psihiatrie din spitale să se desfășoare programe de psiho-educație, de psihoterapii diverse, terapii pentru familii, terapie ocupațională, art-terapie etc. Deci, pe de o parte nu se pot îndeplini normele legii de sănătate mintală deoarece nu există personal calificat pentru desfășurarea activităților terapeutice, de altfel obligatorii, iar pe de alta nu poate fi angajat personal deoarece alte norme nu permit acest lucru. Evident cel care are cel mai mult de suferit este pacientul.

Alt exemplu – a apărut legea asistenței comunitare. Aceasta se referă îndeosebi la asistența persoanelor singure, sărace, de etnie rromă, la persoanele vulnerabile în general. Este o lege foarte utilă, care va presupune responsabilizarea autorităților locale prin angajarea de asistenți comunitari; nu se fac însă nici un fel de precizări în legătură cu implicarea acestora în asistența comunitară de psihiatrie. De exemplu, ultimul caz grav de crimă, bărbatul care și-a omorât copiii și apoi s-a sinucis, reprezintă un caz clasic de “omor altruist”,

consecința comportamentală a unei tulburări psihice deosebit de grave. Aceasta nu s-a declanșat brusc, cel mai probabil au existat semne clinice evidente cu săptămâni sau luni în urmă. Era foarte important ca ele să fie sesizate de cineva din anturaj, să se fi putut interveni și preveni această nenorocire.

Medicul de familie are competența să observe aceste manifestări și să recomande un consult psihiatric?

Medicul de familie nu are instruirea necesară, pentru că așa cum am mai spus, din 4 ani de studii se pregătește doar o lună în psihiatrie. Din această cauză de cele mai multe ori se menține o teamă față de suferințele psihice, iar medicii au o atitudine de evitare. Pe de altă parte asemenea pacienți, cel mai adesea, nu vin de bunăvoie la medic și ajung rar la medicul de familie. În situațiile clinice grave – rudele, prietenii, colegii, ar trebui să intervină, să solicite ajutor. Legea sănătății mintale prevede internarea unei persoanei bolnave împotriva voinței ei. Pentru că atunci când o persoană ajunge într-o stare atât de gravă, nu va acționa ca un om care are de exemplu ulcer sau hipertensiune arterială și care va solicita consult, investigații, tratament. În fazele acute ale tulburărilor psihice persoana

na se consideră perfect sănătoasă. În aceste situații familia, prietenii ar trebui să aibă la cine să apeleze, să știe cum să solicite ajutor. În țările cu asistență de psihiatrie dezvoltată, se poate lua ușor legătura cu psihiatrul din serviciul de urgență din ambulator sau dintr-un centru de sănătate mintală sau se poate solicita o echipă mobilă; se ia întotdeauna legătura cu medicul de familie. Psihiatrul din serviciul comunitar sprijină familia, negociază internarea, poate solicita internarea împotriva voinței sau inițiază un tratament în ambulator, putându-se astfel evita spitalizările. Deci trebuie să existe o întreagă rețea de servicii care din păcate la noi lipsesc. Practic între secția de spital și cabinet, ca și acum 70 -80 de ani, nu există nici un fel de alte servicii în România.

Mai mult decât atât, o problemă foarte complicată sunt urgențele de psihiatrie în comunitate. Din momentul în care o persoană cu suferințe psihice acute ajunge la spital există toate reglementările legale necesare, conform cărora se operează internarea, în funcție de gravitatea și particularitățile fiecărui caz. În comunitate însă, deci la domiciliul omului, pe stradă, la locul de muncă, la metrou etc. nu există reglementări clare cine și cum să intervină, nu există responsabilități clare, legile sunt vagi, termenii confuzi. De exemplu poliția, care pe noi, psihiatrii

ne ajută foarte mult, nu are totuși un rol clar definit, legea menționează că polițiștii oferă ajutor, dar nu se specifică cui și cum. În aceste situații oamenii se tem să intervină. În majoritatea țărilor cu asistență psihiatrică avansată responsabilitățile tuturor - medici, asistenți, polițiști sunt foarte bine stabilite. La noi este deosebit de greu pentru familiile care au acasă o persoană foarte neliniștită sau cu comportament agresiv, cu tendințe de suicid sau de autovătămare etc. Trebuie să sune la 112, acolo trebuie să dea explicații, sunt situații foarte delicate și dificile. În consecință urgențele psihiatrice, în comunitate, nu sunt rezolvate. Pe de altă parte, medicul de familie este și el singur, adică în fața unui caz acut este depășit din toate punctele de vedere.

În ce mod este abordată problema eticii în psihiatrie în cursurile universitare predate viitorilor medici psihiatri?

Etica nu se studiază în mod special în cadrul disciplinei de psihiatrie. În cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, disciplina de psihatrie adulți a organizat un curs opțional pentru studenții anului IV despre etică, empatie, reziliență, inteligența emoțională, la care participă foarte mulți studenți. Exis-

tă mult interes față de aceste aspecte, lucru care ne bucură mult.

Medicii de familie se implică totuși să trimită la un examen de specialitate pacienții care prezintă semnele unei afecțiuni psihiatrice (chiar și minore)?

Da, au aceeași posibilitate. Interesul medicilor de familie pentru afecțiunile psihiatrice a crescut progresiv în ultimii ani; ei par deseobit de interesați să recunoască și să

trateze depresiile. Acest lucru se datorează probabil campaniilor de informare ca și cursurilor de pregătire organizate de Ministerul Sănătății prin Programele de Sănătate Mintală, din ultimii 4-5 ani. În colaborare cu Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie și sub coodonarea Centrului de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog din Ministerul Sănătății se vor desfășura în continuare programe de educație, de formare în domeniul depresiilor și al tulburărilor generate de consumul de substanțe. Aceste programe se adresează medicilor specialiști, medicilor de familie, psihologilor și asistenților medicali.

Se poate vorbi de prevenție în cazul afecțiunilor psihiatrice ușoare?

Sigur că da, dar aceasta ține de nivelul de dezvoltare al societății, de nivelul de educație pentru sănătate în general și pentru sănătate mintală în special. Există reguli de igienă mintală, care se respectă de către populație în foarte multe țări. De asemenea reguli clare de conviețuire socială, prevenirea abuzurilor, programe de psiho-educație începând din anii de școală, accesul la servicii de consiliere, totuși acești factori scad vulnerabilitatea pentru îmbolnăviri psihice. Atâta timp cât ducem o viață echilibrată și armonioasă și avem în vedere propriile nevoi sociale, psihologice și emoționale, probabilitatea de a dobândi frustrări majore, anxietăți și mai târziu afecțiuni psihiatrice scad.

Îngrijirea pielii, cel mai mare organ al corpului

Problemele care apar pe piele, dacă nu sunt "grave", ne deranjează de cele mai multe ori doar estetic. Dar, întotdeauna există și o abordare medicală în aceste cazuri: tot ce apare pe piele reflectă starea de sănătate sau boală, de dereglare la un anumit nivel în organism, poate fi un semn că organismul are nevoie de o detoxifiere sau că imunitatea este scăzută la nivelul pielii.

Dr. Monica Spînu
Medic specialist
Medicină de Familie



Pielea este cel mai mare organ al corpului și totodată și cel mai mare organ de eliminare, fiind numită și "al treilea rinichi". Zilnic, prin transpirație și descumare, se elimină multe deșeuri/toxine. Dacă blocăm această cale de eliminare, toxinele se vor acumula în organism și vor genera probleme cu consecințe mai profunde.

Funcțiile pielii

Pielea îndeplinește multe roluri vitale, atât ca **barieră** cât și ca **reglator** între lumea exterioară și interiorul corpului.

- Asigură protecția organismului față de agenții externi;
- Participă la termoreglare;
- Receptorii cutanați sunt specializați pentru stimuli de căldură, frig, presiune, atingere, durere, cu rol important în viața de zi cu zi;
- Permite absorbția radiațiilor

UV și a oxigenului, dar și a unor substanțe toxice;

- Rol în comunicarea diferitelor emoții, mânie, bucurie – care pot fi reflectate prin schimbarea culorii pielii, prin mirosul caracteristic emanat de glandele sudoripare etc.

Bolile de piele pot avea cauze virale, bacteriene, fungice, autoimune, metabolice.

Gemoterapice cu acțiune la nivelul pielii

Extractul din mlădițe de Cedru este eficient în manifestări de tip piele uscată, întărită, îngroșată: piele ridată, deshidratată, bătăături, dermatoze și eczeme uscate, psoriazis, boli cu cornificație/îngroșare excesivă a pielii.

Extractul din muguri de Ulm este recomandat în caz de leziuni umede pe piele, piele grasă, lucioasă, leziuni cu vezicule (herpes), sau care supurează.

Extractul din muguri de Nuc este unul din "antibioticele" gemoterapiei, asociat întotdeauna când avem o leziune infectată pe piele.

Extractul din muguri de Platan are efect antiinflamator cutanat și de drenor al pielii; orice leziune are ca substrat inflamația, deci Platanul va fi de ajutor; poate fi folosit în diferite tipuri de urticarie, acnee, psoriazis, eczeme, dermatite, pete pe piele – vitiligo; de asemenea în afecțiuni la nivelul ochiului: blefarite (inflamații pe marginea pleoapelor); orjelet/urciur, chist palpebral, șalazion.

Polygamma 13 piele detoxifiere asociază muguri de Platan, Nuc și sevă de Mesteacăn, cu multiple avantaje:

- Protejează pielea, reglează secrețiile la nivelul pielii, sprijină procesul natural de detoxifiere cutanată.
- Protejează pielea pe perioada expunerii la soare
- Recomandată în acnee, eczeme, dermatite, dermatoze, pete pe piele, vitiligo, infecții sau chisturi ale pleoapelor, etc
- Efecte benefice în caz de piele inelastică, lipsită de strălucire, în celulită; după pierdere în greutate pentru refacerea elasticității pielii

Se administrează câte 2 ml de 2 ori pe zi, dimineața și la prânz, înainte de mese, diluați



PlantExtrakt®
natura sănătății tale
www.plantextrakt.ro

SĂNĂTATEA PIELII PRIN GEMOTERAPIE

Piele uscată, deshidratată: Extract din mlădițe de CEDRU

Piele grasă, lucioasă: Extract din muguri de ULM

Inflamații ale pielii: Extract din muguri de PLATAN

Detoxifierea pielii: POLYGEMMA 13 - piele detoxifiere

în puțină apă - cure de 2 luni, repetate la nevoie, realizându-se o detoxifiere preponderant la nivel cutanat, dar și la nivel renal.

Câteva recomandări:

Acnee: Polygemma 13- piele detoxifiere; dacă este legată de tulburări de ciclu la tinerele fete, se asociază cu mlădițe de Zmeur;

Alergie solară: Polygemma 13- piele detoxifiere și Extract din muguri de Smochin.

Nu uităm în această perioadă antioxidanții – ex. Extract de Orz verde.

Abces, furuncul: extrac-te din muguri de Nuc, Ulm și Smochin;

Psoriazis: schemă de începu-t: mlădițe de Cedru, muguri de Nuc, radicele de Secară timp

de 2 luni și se poate continua cu Polygemma 13- piele detoxifiere încă 2 luni.

Prurigo senil: Extracte din mlădițe de Cedru, mlădițe de Sequoia, muguri de Tei argintiu.

Sfaturi utile:

Pentru o piele curată, sănătoasă, elastică sunt importante:

- Hidratarea corespunzătoare a organismului;
- Protecție împotriva razelor UV;
- Alimentație bogată în vitamine și minerale;
- Somn suficient, odihnitor

("somnul de frumusețe");

- Detoxifiere periodică a pielii, mai ales pentru persoanele cu piele sensibilă;
- Evitați fumatul - determină îmbătrânirea prematură și îngălbenirea pielii;
- Demachiere zilnică, de preferință, înainte de culcare.

„Orice pacient cu scleroză multiplă poate fi inclus în Programul Național de Tratament”

Interviu realizat cu doamna Conf. Dr. Cristina Tiu, Președinte al Societății Române de Neurologie, Șefa Secției de Neurologie din Spitalul Universitar București.

În calitate de coordonator al Programului Național de Scleroză Multiplă, puteți estima care este numărul de bolnavi diagnosticați cu această afecțiune?

Există un program național de tratament al bolilor neurologice dedicat atât bolilor rare, cât și bolilor care, prin impactul lor asupra independenței funcționale a pacienților, sunt considerate priorități. Scleroza multiplă se numără printre ele. Este o boală a oamenilor tineri, dar nu exclusiv. Debutul cel mai frecvent este între 20 și 40 de ani. Nu cunoaștem cu exactitate numărul de pacienți care suferă de această afecțiune în România, această lipsă a datelor epidemiologice fiind valabilă practic pentru aproape toate afecțiunile medicale. Există o inițiativă a Academiei Române împreună cu Ministerul Sănătății de a înființa registre naționale pentru majoritatea afecțiunilor cu

impact major asupra sănătății populației, registre care includ și bolile neurologice și care ne vor ajuta să înțelegem mai bine prevalența și incidența bolii. Trebuie să menționez că există două registre înființate de către Societatea de Neurologie din România, începând din anul 2014, unul dedicat pacienților cu accidente vasculare cerebrale acute tratați prin tromboliză intravenoasă sau metode endovasculare, și cel de al doilea, dedicat pacienților cu scleroză multiplă aflați în tratament imunomodulator în cadrul centrelor în care se desfășoară programul național. Programul de de tratament dedicat pacienților cu scleroză multiplă a fost înființat în anul 2000, la inițiativa domnului Prof. dr. Ovidiu Băjenaru și a domnului Prof. Dr. Ioan Pascu, inițial cu un număr de 100 de pacienți și a ajuns în prezent peste 3.900 de pacienți (însă numărul de pacienți înregistrați și incluși în program crește lunar). Pentru centrul pe care eu îl coordonez începând din anul 2007,

la momentul acesta numărul se apropie de 750 de pacienți. Mai sunt centre cu un număr la fel de mare de pacienți la Spitalul Colentina și la Târgu Mureș. Sunt în total 12 centre în România, dar dorința noastră ar fi să se înființeze mai multe centre pentru că un număr atât de mare de pacienți arondați unui singur centru este foarte greu de gestionat; este greu să monitorizezi acești pacienți în mod corespunzător. Pacienții nu armai trebui să aștepte intervale lungi de timp pentru o consultație, sau să se deplaseze la distanțe mari (noi avem pacienți care vin din Baia Mare, Piatra Neamț sau Rădăuți) pentru eliberarea medicației, pentru consultațiile periodice sau pentru episoadele acute de boală.

În ce măsură bolnavii din România au acces la tratamente de ultimă oră care se aplică la nivel internațional?

Lucrurile s-au îmbunătățit constant, în sensul că începând de anul trecut, în martie, a existat o deschidere mai mare și o facilitare a accesului la medicație. Noi am trăit și zilele cu număr fix de poziții bugetate, cu număr fix de produse, cu liste de așteptare care cuprindeau și 70-80 de oameni, și durată de așteptare de până la 2 ani. În acest moment orice pacient care se adresează unuia dintre centrele existente poate fi inclus în program, bugetul se ajustează de 2 ori pe an, în funcție de numărul de pacienți incluși. Deci, practic, nu mai avem liste de așteptare și accesul este facil pentru medicamentele existente și înregistrate în program. Nu avem toate medicamentele care există în acest moment la nivel mondial, dar avem un arsenal suficient pentru a asigura o calitate bună a tratamentului. Au apărut multe medicamente noi, majoritatea aprobate în SUA sau UE, însă există un traseu complex al hârtiilor și o latență de introducere a lor în România. Dar, trecând prin această lungă evoluție a programului de scleroză multiplă, ar fi nedrept să nu recunosc că lucrurile s-au îmbunătățit considerabil.



Cum poate fi diagnosticată această boală într-un stadiu incipient? Ce investigații sunt necesare pentru un diagnostic diferențiat?

În neurologia clasică, scleroza multiplă era numită „marele mim al neurologiei”, fiind foarte versatilă ca aspect clinic și imagistic.

Este de dorit ca pacienții să se adreseze medicului pentru orice simptomatologie neurologică care apare. Lucrurile acestea nu se întâmplă întotdeauna. Nu reușești întotdeauna să ajungi la un medic neurolog, și mai mult decât atât, trebuie să fie un neurolog care are o oarecare experiență cu această afecțiune. Unul dintre lucrurile cu care ne confruntăm din

momentul în care pacientul se prezintă la consult este dificultatea de a-i explica că stabilirea unui diagnostic de scleroză multiplă necesită foarte multe investigații pentru diagnosticul diferențial și că uneori doar timpul este acela care ne poate ajuta să punem un diagnostic. Există criterii internaționale pe care noi le respectăm, cele mai recente fiind publicate anul acesta în martie. Investigațiile implică examinare de rezonanță magnetică cerebrală și de preferat și de măduvă cervicală și toracală. Nu poți să afirmi că un om are scleroză multiplă dacă nu ai un RMN cu niște caracteristici clare, pe care obligatoriu trebuie să le corelăm cu aspectele clinice și cu restul

investigațiilor, care includ puncția lombară și examenul lichidului cefalorahidian. Lucrurile pot să fie extrem de tipice și atunci diagnosticul este facil, dar pot să fie lucruri greu de diagnosticat în situațiile în care sunt foarte puține leziuni, când manifestările clinice sunt nespecifice, o amețeală, amorțeli pe o mână sau pe un picior, care trec rapid și pe care omul nu le bagă în seamă. În astfel de situații este nevoie de o baterie largă de teste, întrucât nu există nicăieri în lume o analiză specifică, un test pe care să îl faci

și care să stabilească diagnosticul de scleroză multiplă. Diagnosticul diferențial implică un puzzle de investigații în care unele rezultate vor fi argumente pentru diagnosticul de scleroză multiplă, iar altele împotriva. Uneori durează câteva luni ca să poți stabili un diagnostic corect. Consecința acestui fapt este rareori negativă atâta vreme cât te ocupi constant de acel pacient, îl monitorizezi și îl îndrumi pentru a efectua toate investigațiile necesare. Este bine să începi precoce un tratament imunomodulator, dar aceasta nu este o boală acută, care să necesite o intervenție terapeutică de urgență. Este mai corect și mai bine să faci un diagnostic diferențial complex decât să te pripești și să pui un diagnostic incorect.

Prin tratamente boala se poate stopa sau doar încetini?

Se încetinește mult. Această boală nu se poate vindeca, nicăieri în lume. Ideea de tratament, paradigma actuală este aceea de a avea "zero" activitate a bolii, să o ții pe loc, să nu se mai agraveze. Cu cât pacientul va începe mai repede un tratament, cu atât va fi într-un stadiu mai precoce și controlul asupra bolii va fi mai bun, deziderat care se obține la aproximativ 60-70% dintre pacienți. O parte dintre pacienți nu răspund foarte bine la tratament și boala continuă să evolueze, determinând o agravare progresivă și o creștere a gradului de dizabilitate.

Când ar trebui să înceapă tratamentul ca să aibă cea mai mare eficacitate?

Tratamentul care se utilizează aparține categoriei de medicamente imunomodulatoare. Ele ajută organismul să lupte cu boala. Indicația la marea majoritate a produselor este ca tratamentul să înceapă de la primul episod clinic de boală, după ce se stabilește corect diagnosticul. Cu cât se începe mai repede tratamentul, cu atât progresia bolii este mai mult încetinită. O persoană care a fost diagnosticată cu scleroză multiplă, dar nu a vrut să accepte că are boala, după care nu a vrut să accepte tratamentul imunomodulator căutând soluții alternative de cele mai multe ori fără o bază științifică ci culese de pe internet, rețele de socializare etc., și se prezintă pentru inițierea terapiei după 5-6 ani (timp în care leziunile s-au acumulat și boala a progresat), nu va mai putea obține același efect favorabil al medicației. Din păcate, nu putem prevedea la diagnosticarea bolii dacă aceasta va avea o evoluție mai rapidă sau mai lentă, când va apărea un următor episod, cât de sever va fi, ce urmări va avea, dar putem să îi fim alături în drumul lung și uneori foarte dificil pe care îl are de parcurs pacientul și să îl ajutăm considerabil, astăzi mai mult decât o puteam face în urmă cu 15 ani.

„Neurologia este în general o specialitate dificilă, oriunde ai practica-o, întrucât sistemul nervos este cea mai complicată structură biologică pe care o cunoaștem”

Interviu realizat cu Prof. Dr. Bogdan Ovidiu Popescu,
fost Președinte al Societății Române de Neurologie

În zilele noastre, crește nivelul de stress zilnic, de frustrare și îngrijorare, modul de viață este tot mai dezordonat. La ce tulburări neurologice pot duce toate acestea ?

Societatea în care trăim s-a transformat radical într-un timp foarte scurt. Tehnologizarea, modificarea relațiilor interumane, ritmul de viață, cantitatea informațiilor și modul în care ne parvin s-au modificat, și asta duce inevitabil la o activare diferită a sistemului de rețele neuronale în creierle noastre. Orice adaptare implică stres, unii dintre noi se adaptează mai ușor, alții mai greu, aceștia din urmă suferind un stres cronic, care sigur este dăunător stării de sănătate. Stresul este un factor precipitant pentru toate afecțiunile, nu numai pentru cele neurologice. Pe fondul unor factori predispozanți (genetici, de mediu și stil de viață), stresul poate face ca anumite boli, inclusiv neurologice, să debuteze mai devreme sau să fie mai greu de controlat. Spre exemplu, un pacient cu stres cronic poate dezvolta obezitate, hipertensiune arterială, diabet zaharat chiar cât este încă relativ tânăr.

Acești factori de risc, foarte frecvenți, duc la evenimente grave vasculare, de tipul accidentului vascular cerebral sau infarctului de miocard. Acesta este doar un exemplu frecvent, însă sunt nenumărate altele.

Care sunt provocările la care trebuie să facă față un medic neurolog la noi în țară?

Neurologia este în general o specialitate dificilă, oriunde ai practica-o, întrucât sistemul nervos este cea mai complicată structură biologică pe care o cunoaștem. Sunt multe boli grave, cu invaliditate, decese numeroase, medicii suferă adesea de burnout (sindrom de epuizare). În țară situațiile sunt foarte diverse din punctul de vedere al condițiilor de muncă și a posibilităților de diagnostic și tratament. De asemenea, sunt zone cu mulți neurologi (cum sunt centrele universitare) și zone cu foarte puțini, ceea ce duce la eforturi diferite. Însă și viața unui neurolog care lucrează într-un spital de urgență este foarte dificilă, ar trebui să putem avea mai mulți neurologi în spitalele mari, care sunt supraaglomerate cu urgențe neurologice majore.



Despre Neurooncologie se vorbește foarte puțin. De ce?

Neurooncologia este un domeniu plurivalent, care necesită cunoștințe speciale în mai multe domenii – oncologie, neurologie, medicină internă, chirurgie, îngrijiri paliative și altele și implică întotdeauna o echipă medicală care să colaboreze în interesul pacientului. Pacienții cu boli maligne pot dezvolta o pleiadă de complicații neurologice, de la neuropatii periferice la encefalite autoimune. Acestea se pot manifesta chiar înainte de simptomele generate de tumora malignă primară – de aceea diagnosticul lor are un grad înalt de complexitate. Metastazele la nivelul sistemului nervos central complică extrem cancerul și pot reprezenta cauza principală de invaliditate sau cauza decesului pacientului. În plus, medicația oncologică este de obicei neurotoxică, ceea ce reprezintă un alt motiv pentru ca orice echipă oncologică să aibă în componență un medic neurolog.

VARICOSALM

Suplimentul alimentar **VARICOSALM** susține fluxul sanguin și funcționarea normală a venelor, capilarelor, vaselor limfatice, înlăturând senzația de oboseală, presiune și durere a picioarelor. Circulația sanguină devine mai eficientă datorită efectului sinergic al complexului de substanțe bioactive din produs, care susțin formarea normală a țesutului conjunctiv la nivelul peretelui vascular ajutând la restabilirea și menținerea elasticității, permeabilității și tonusului vascular. Ajută la refacerea funcțiilor circulatorii împiedicând apariția stazei venoase în zonele de dilatație vasculară și apariția unor complicații din cauza insuficienței circulatorii cronice. Antioxidanții din plante neutralizează eficient radicalii liberi contribuind la protecția celulelor de stresul oxidativ și de îmbătrânirea vasculară prematură. Produsul susține structura țesutului conjunctiv și valvelor venoase, asigurând astfel funcționarea normală a sistemului vascular și limfatic pe termen lung la persoanele care stau mult timp în picioare, sunt sedentare, supraponderale sau sunt predispuși la afecțiuni venoase.

Vitis vinifera (Viță de vie)

Interesul crescut în derivatele provenite de la struguri se datorează în mare parte fran-

cezilor. *Paradoxul francez* este că aceștia consumă foarte multe grăsimi și cu toate acestea au o rată extraordinar de mică a incidenței cancerului sau a bolilor de inimă decât populația majorității țărilor, cu excepția celor ce folosesc în alimentație pește și produse marine.

Extractul de sămburi de struguri este eficient ca adjuvant în prevenirea și tratarea varicelor datorită efectelor de stabilizare și întărire a pereților venoși, reducerea vâscozității sângelui și fragilității capilarelor. Este stabil că bioflavonoizii activi din semințele strugurilor roșii reduc un spectru mai larg de radicali liberi decât seleniul sau zincul, vitaminele A, C, și beta-caroten. Un studiu recent asupra unor voluntari sănătoși a descoperit ca suplimentarea cu extract din sămburi de struguri a crescut semnificativ nivelele antioxidantilor din sânge. Antioxidanții ajută la oprirea și distrugerea radicalilor liberi, compuși care se găsesc în corp și deteriorează membranele celulelor, obstrucționează activitatea ADN-ului și pot chiar omori celule. Radicalii liberi pot apărea fără stimuli externi, să se producă în corp în mod natural. Îmbătrânirea, precum și bolile de inimă și cancerul sunt afectate direct de radicalii liberi. **Antioxidanții din sămburii de struguri pot reduce sau preveni stricăciunile produse de radicalii liberi.**

Citrus aurantium (Portocal) - extractul din fructe conține un

complex de bioflavonoizi naturali care ajută la ameliorarea neplăcerilor cauzate de funcționarea defectuoasă a sistemului venos. Citroflavonoidele protejează și contribuie la menținerea structurii peretelui vascular scăzând permeabilitatea și fragilitatea vasculară. Bioflavonoizii (hesperidină și diosmină) susțin fluxul sanguin și funcționarea normală a venelor, capilarelor, vaselor limfatice, înlăturând edemele, senzația de oboseală și durere a picioarelor. Elimină, de asemenea, disconfortul insuficienței venoase hemoroidale. Bioflavonoidele intensifică activitatea antioxidantă a vitaminei C. Provitamina A (betacarotenul) reduce oxidarea lipoproteinelor de mică densitate reducând riscul de arteroscleroză.

Diosmina a fost izolată pentru prima dată în 1925 și a fost utilizat ca agent terapeutic începând cu 1969. Diosmina este utilizată pentru tratarea și prevenirea insuficienței cronice venoase, hemoroizi, varice etc. Diosmina în combinație cu hesperidina este utilizată cu succes pentru tratarea problemelor produse de circulația deficitară a sângelui la nivelul membrelor inferioare (picioare).

Ruscus aculeatus (Ghimpe pădureț)

Ghimpele pădureț nu trebuie confundat cu ghimpele denumit popular și **holera**

(*Xanthium spinosum*). Cele două specii de ghimpe au proprietăți terapeutice diverse și statut diferit. În acest sens, ghimpele pădureț este o plantă ocrotită de lege, care crește în locuri mai puțin accesibile, iar holera se găsește în locuri abandonate, în special la marginea drumurilor. Ghimpele pădureț are efecte terapeutice miraculoase asupra afecțiunilor venoase; astfel, acesta tratează circulația deficitară, hemoroizii, varicele bolile cardiovasculare, ateroscleroza, tulburările respiratorii, crampele musculare, menstruația dureroasă, guta și vertijul.

Curcuma longa (Turmeric)

Turmericul este o plantă erbacee de origine asiatică, care crește din bulbi. Face parte din familia ghimbirului (*Zingiberaceae*) și este originară din Sudul Asiei și este înrudit cu ghimbirul. Turmericul provine din rădăcina plantei *Curcuma longa*, are o coajă dură de culoare maro și un miez portocaliu intens. Este folosit ca și condiment pentru diverse mâncăruri, având o aromă delicată și un gust relativ neutru. Nu este înțepător precum ghimbirul și nici nu are miros puternic. Culoarează intens cu galben orice mâncare în care îl adăugați. Turmericul mai este cunoscut drept "șofranul indian" datorită culorii sale intense galben-portocaliu. Numit turmeric sau curcuma, acesta a fost folosit de-a lungul timpului precum condiment, remediu tămăduitor dar și ca un

bun colorant textil. **Turmericul** este cel mai bine cunoscut dintre ingredientele folosite pentru a face curry, dar este totodată și cel care dă culoarea galben strălucitoare a muștarului. Turmericul este originar din Indonezia și sudul Indiei, unde a fost cultivat pentru mai mult de 5.000 de ani.



Turmericul (curcuma) fost mult timp folosit de către chinezi și indieni ca agent anti-inflamator pentru a trata o mare varietate de afecțiuni, inclusiv flatulență, icter, dureri menstruale, urina cu sânge, hemoragie, durere de dinți, contuzii, dureri în piept și colici. Turmericul poate preveni oxidarea colesterolului în organism.

Prevenirea oxidării colesterolului poate ajuta la încetinirea aterosclerozei și a bolilor de inimă cauzate de diabetul zaharat. În plus, turmericul este o sursă bună de vitamina B6, care împiedică creșterea nivelului de homocisteină. Homocisteina, un produs intermediar al unui proces celular important numit metilare, este direct responsabilă pentru deteriorarea pereților vaselor de sânge. Nivelele ridicate de homocisteină sunt considerate un factor de risc important în deteriorarea vaselor de sânge, în formarea plăcilor ateromatoase și în debutul bolilor de inimă. Un aport ridicat de vitamina B6 este asociată cu un risc redus de boli de inimă.

Turmericul sporește circulația sângelui și conduce concomitent la reducerea hipertensiunii. Deoarece stimulează circulația, este utilizat pentru tratarea crampelor menstruale și a amenoreei (absența ciclului menstrual). Curcumina îmbunătățește de asemenea funcționarea endoteliului care captează vasele de sânge, reglând tensiunea sangvină și coagularea.

Suplimentele naturale alimentare marca Ayurmed, create de S.C. Star Internațional Med, prezentă pe piață din 1999, sunt avizate de Institutul Național de Cercetare – Dezvoltare pentru Bioresurse Alimentare (IBA) prin Serviciul Național pentru Plante Medicinale, Aromatice și Produse ale Stupului (S.N.P.M.A.P.S.) – București.

Pharm. eng. Liviu Horoba

Această instituție trebuie să funcționeze la capacitate maximă 365 zile pe an

Interviu realizat cu Prof. Dr. Șerban Bubenek,
Președinte al Societății Române de Anestezie și Terapie Intensivă - SRATI

În calitate de manager al Institutului de Urgență pentru Boli Cardiovasculare Prof. dr. C.C. Iliescu, vă rugăm să ne spuneți care sunt provocările cu care vă confrunțați la ora actuală?

Din acest punct de vedere cred că orice instituție de sănătate publică din România se confruntă cu cel puțin câteva tipuri de provocări și anume, asigurarea unui flux financiar pentru buna funcționare a instituției și aici totul se leagă mai ales de negocierea contractului cu CAS și de derularea unor Programe Naționale prin care ajung fonduri la spitale din care se pot cumpăra medicamente și materiale sanitare pentru pacienții noștri. În al doilea rând, o provocare importantă este reprezentată de faptul că în clipa de față chiar dacă avem cam cu 5% personal mai mult decât anul trecut, în continuare la nivel de medici ne confruntăm cu o lipsă de specialiști atât în cardiologie, cât și în chirurgie cardiovasculară și ATI. Sigur că această provocare poate fi cumva rezolvată chiar și parțial datorită noilor măsuri care se aplică privitor la legea salarizării și care ar putea să atragă înapoi în marile spitale din România specialiști tineri



care sunt dornici să se întoarcă acasă. Nu în ultimul rând, una din provocările cele mai importante este faptul că acest pachet de îmbunătățire a situației salariale trebuie să vină împreună cu o schimbare profundă, rapidă și temeinică de mentalitate la nivelul profesioniștilor din domeniul sănătății.

Se știe că acum 2 ani Guvernul României a semnat un memorandum cu Banca Europeană de Reconstrucție și Dezvoltare din care ar trebui să rezulte o clădire nouă pentru IUBCV C.C. Iliescu. Aveți noutăți în ceea ce privește acest demers?

Din păcate nu am date noi în ceea ce privește construirea unui nou sediu al IUBCCV „CC Ilies-

cu”. Eu am adresat memorii atât la nivel de prim-ministru cât și la nivel de președinția României, ministru al fondurilor europene, Ministerul Sănătății și am oferit și soluții: fie continuarea memorandumului cu Banca Europeană de Reconstrucție și Dezvoltare, fie includerea acestui obiectiv în planul Juncker pentru România. Sper că nu ne vom transforma într-o legendă a Meșterului Manole, în care ziua promitem că facem ceva și noaptea ne răzgândim. E oarecum de neînțeles situația în care se află instituția, care la ora actuală este unul din cele mai bune spitale publice din România, toate datele statistice făcute de evaluatori independenți arată că suntem o unitate etalon în sistemul public de sănătate în ceea ce privește acordarea de servicii de înaltă performanță la nivelul bolilor cardiovasculare. Nu s-a înțeles că această instituție trebuie să funcționeze la capacitate maximă 365 zile pe an și că nu există nici un fel de scuză pentru a nu găsi 40-50 milioane de euro în vederea construirii unei clădiri noi care să se adapteze cerințelor secolului 21, care să nu ne pună viața în pericol nici nouă nici pacienților noștri atunci când viitorul cutremur de peste 5 grade va lovi România.

„Medicii ATI, linia întâi în lupta pentru viață”

Interviu realizat cu Prof. Dr. Dorel Săndesc,

Președinte Societatea Română de Anestezie și Terapie Intensivă - SRATI

Care credeți că este cea mai importantă abilitate a medicului anestezișt?

Medicii ATI-iști sunt veritabili luptători pe un front nesfârșit, luptând pentru salvarea de vieți omenști și alinarea suferințelor. În fața unei asemenea provocări, profesionalismul este calitatea esențială pentru a te transforma într-un învingător. Iar pentru a deveni un adevărat profesionist în cea mai tehnologizată și una din cele mai dinamice specialități medicale, singura șansă este de a învăța continuu, într-un ritm intens, de a rămâne un veșnic student. Esențială este de asemenea dedicația pentru această profesie; niciodată motivația financiară nu va putea compensa prețul uriaș plătit la nivel personal de un medic ATI.

Care au fost cele mai complicate intervenții la care ați luat parte și care a fost recordul de ore petrecut în sala de operații?

După atâția ani de activitate e greu să faci un top al celor mai complicate sau celor mai lungi intervenții, într-un domeniu care se caracterizează tocmai prin complexitate și prin "bătălii" de durată pentru salvarea unor vieți. Au fost traumatisme complexe, pentru care s-a intervenit chirurgical peste 8 ore, a fost un

caz dramatic în care o tânără femeie gravidă a făcut o hemoragie cerebrală severă ce a determinat starea de comă profundă, depășită, dar pe care am ținut-o în viață până când fătul a atins o vârstă gestațională ce îi dădea șanse la viață, după care am decis efectuarea operației cezariene; au fost cazurile dramatice de gripă severă apărute la femei gravide, cu instalarea suferinței pulmonare severe ("plămânul de șoc"), în care am utilizat în premieră în România "Plămânul artificial", care a permis salvarea atât a vieții mamelor cât și al copiilor.

Cât de importantă este, în viziunea dvs, discuția cu pacientul și aparținătorii acestuia?

Comunicarea reprezintă un element esențial în relația medic-pacient. Și trebuie spus că în acest domeniu există multe de făcut în medicina românească. Medicii români nu beneficiază de o pregătire specifică și acest handicap are efecte nefaste. Cei mai mulți dintre noi am conștientizat importanța comunicării cu ocazia experiențelor profesionale în străinătate. Din fericire, numărul tot mai mare de medici și asistente medicale care activează temporar în străinătate și apoi revin în țară contribuie la schimbarea de mentalități și atitudini. Cred însă că se impune și



asigurarea unei pregătiri formale în acest domeniu, atât în timpul studiilor universitare, cât și în rezidențiat. Acolo în spital, loviți de suferințe și tragedii, oamenii își exprimă cel mai pregnant vulnerabilitatea și au cea mai mare nevoie de comunicare, empatie și compasiune.

În ultimii ani ați fost de o parte și de alta a baricadei: secretar de stat, medic ATI în spital, profesor. Ce ar lipsi sistemului de sănătate din România?

Sistemul sanitar din România poate fi vindecat de bolile de care evident suferă doar de către cei care știu să facă asta: profesioniștii din sistem. Deprofesionalizarea structurilor de conducere este una din marile probleme ale societății românești. Soluția pentru sistemul sanitar și pentru România este una singură: **MERITOCRAȚIA**.



Natural Pharmaceuticals



Vitamina D3 Natural Picături - Flacoane 10 ml
Conține: Vitamina D3 1000U la fiecare picătură



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



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

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



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

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

CALCIU Natural/Sirop - Flacoane 150 ml
Conține: Calciu (lactat) 110 mg la fiecare 5 ml (o linguriță).



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



Natural Pharmaceuticals S.R.L.

București, România, B-dul C. Coposu nr. 4, sector 3

Tel: 021 320 0596, Fax: 021 326 8025