

147
FIN
WATCH

Săptămâna **MEDICALĂ**

„Farmaciștii români
ajung manageri de
farmacie în Vest”
pag. 4



DIN SUMAR

Hernia de disc operată	9
Afecțiuni cronice: astmul bronșic	12
Există ac de cojocul varicelor	20
Corectarea cicatricilor	31

Vrei să scapi de ochelari?
Există soluții!



Medicina nucleară în pediatrie

18



Dezvoltare armonioasă prin mișcare

26





organizează a XII - a ediție a
Congresului Național de Medicină Internă
în perioada 28-31 martie 2012 la Călimănești-Căciulata

Secretariat organizatoric: Ella Traveland, tel. 021.315 65 11, fax: 021.315 65 37,
e-mail: catalina.dinu@srmi.ro; laura.sandu@ella.ro, irina.stanca@ella.ro

Persoane de contact: Cătălina Dinu (mobil: 0753.359.693),
Laura Sandu (mobil: 0742.355.773), Irina Stanca (0744750228),
web site SRMI: <http://cnmi2012.srmi.ro>; www.srmi.ro.



Medici pentru care cuvintele sunt de prisos

Mulți profesioniști din sectorul medical înțeleg cauza și vocația meseriei lor, de a ajuta oamenii să-și recapete sănătatea. Acest lucru îl vedem din multitudinea mesajelor prin care pacienții își exprimă recunoștința față de medici.

Urări calde, de suflet, oameni de pretutindeni au transmis de sărbători medicilor lor, direct sau prin intermediul revistei: „Tot respectul din lume”, „O să vă fiu recunoscător toată viața mea”, „Mulțumesc lui Dumnezeu că existăți”, „Sunteți persoane ce nu se pot uita niciodată”, „Domnului doctor, Respect!” etc.

Aprecierile pacienților sunt fără număr: „mâini de aur”, „buni profesioniști și mari oameni”, „îngeri printre oameni”, „avem medici exceptionali, cum nu găsesc în Spania”, „medici cu o experiență profesională foarte ridicată”, „medici providențiali” etc

Attitudinea și meritele medicilor sunt descrise astfel: „Sunt medici cărora le pasă”, „Avem mare nevoie de asemenea oameni”, „Sunt oameni care te ajută să mergi mai departe”, „Calmul lor și zâmbetul de pe buze nu dispără când stau de vorbă cu bolnavii” etc. Faptele medicilor sunt evocate de pacienți în cuvinte simple dar pline de recunoștință: „Mi-a salvat mama”, „l-a readus pe soțul meu în rândul celor vii”, „Îi mulțumesc medicului pentru că m-a salvat”, „Am fost operat și mă simt foarte bine”, „Este o mare doamnă, mi-a salvat viață”, „Sunt un alt om, mi-a luat dureea cu mâna”, „Datorită Domniei sale trăiesc acum”, „Mulțumită acestui exceptional medic am trăit să mă pot bucura de viață”, „Profesionalismul său a dus practic la salvarea mea” etc.

Ne alăturăm gândurilor frumoase ale acestor oameni, cu speranța că prin noua Lege sanitată, aflată acum în studiu, în România condiția de medic se va îmbunătăți chiar din acest an, astfel încât medicii noștri, pe lângă recunoștința veșnică de la pacienți să beneficieze și de un cadru material corespunzător desfășurării activității.

Călin Mărcușanu

Anul VIII • Nr. 147 / 1 februarie 2012

www.saptamanamedicala.ro



cuprins

Farmaciștii români

ajung manageri de farmacie în Vest.....	4
Efectul fidelizării, între carduri și atitudine.....	6
Un adevarat	
profesionist; mai are și tarife ok!.....	7
Excesul de fosfor,	
un pericol pentru pacienții dializați	8
Hernia de disc	
operată prin proteză „cage”.....	9
Cum diagnosticăm sindromul Turner?.....	10
În topul afecțiunilor	
crönice: astmul bronșic.....	12
Tratamentul bronsiectaziilor.....	14
Principii și obiective	
de tratament în autism	16
Medicina nucleară în pediatrie.....	18
Vrei să scapi de ochelari? Există soluții!	19
Există ac de cojocul varicelor.....	20
Produs japonez de excepție.....	21
Ce știm despre monturi?.....	22
Kinetoterapia.....	24
Dezvoltare armonioasă prin mișcare	26
Recuperarea în umărul dureros.....	27
Vitamina d -	
activatorul sistemului imunitar	28
Rapid · Eficient · Vizibil în infecțiile urinare...30	
Nucleoplastia.....	31
Corectarea cicatricilor.....	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

Tipar: RH Printing

„Farmaciștii români ajung manageri de farmacie în Vest”



**Matei Mărcușanu în dialog cu
Prof. Dr. Farm. Dumitru Lupuliasa
Președintele Colegiului
Farmaciștilor din România**

Întrebare: Desi Tânăr, sunteți deja o somitate în domeniul farmaceutic! Ce sfaturi i-ați da unui farmacist la început de drum?

Răspuns: Tinerețea este o stare de spirit! Sfaturile mele sunt legate de ceea ce dorește fiecare Tânăr să facă în profesia pe care și-a ales-o și, îndeosebi, de lucrul cu omul. Trebuie să rămână în continuare exigent cu sine însuși. Primele greutăți vin din relația cu pacienții, deoarece oamenii au caractere și temperamente diferite, sunt de multe ori afectați de boli grave care le afectează comportamentul. Înțelegerea față de pacient trebuie să vină din partea noastră, iar un farmacist Tânăr în mod firesc ar

trebui să aibă răbdare mai multă cu acesta, să se educe în acest spirit. Fără acest lucru, farmacistului îi va fi greu să ducă o profesie cu atâtă responsabilitate. El trebuie să fie diplomat când pune întrebări - trebuie ca acestea să nu deranjeze -, din care să afle tot ceea ce este util pentru a veni în sprijinul pacientului. Astfel, este indicat să-i știe regimul alimentar, tratamentele asociate, pentru că de aici derivă o serie de alte lucruri care se pot întâmpla în organism.

Iar dacă se așteaptă la aprecieri, trebuie să știe că acestea nu vin prea ușor. Satisfacțiile vin încet și vor fi cu atât mai plăcute cu cât ele se construiesc pe o bază solidă.

Întrebare: Aveți informații despre un posibil trend al farmaciștilor români de a merge să profeseze peste hotare?

Răspuns: Sunt foarte mulți care-și pun problema să profeseze în afara țării. Este o opțiune la care generația mea nici nu îndrăznea să gândească. Numărul farmaciștilor plecați până acum depășește câteva sute, probabil ne vom apropiia în 1-2 ani de 1000, în special în Anglia și Irlanda. Am avut discuții cu mulți dintre ei, iar ceea ce m-a mulțumit a fost pregătirea lor foarte bună. Absolvenții noștri de facultate de farmacie știu bine limba engleză, la un nivel la care se pot descurca. Au plecat atât absolvenți proaspăti, cât și unii cu mai mulți ani de experiență în țară. Cei fără experiență urmează traininguri mai lungi, însă, surprinzător poate, mulți farmaciști de la nivelul de bază au ajuns doar într-un an manageri de farmacie în zona Londrei și în Scoția.

Întrebare: Este serioasă criza actuală din sectorul farmaceutic? Farmaciștii se plâng că sunt la un pas de insolvență, fiind prinși între furnizori, care-i presează cu plata, și C.A.S.A., care amână decontările medicamentelor compensate.

Răspuns: Este o situație destul de delicată, poate cea mai delicată din ultimii 20 de ani, din cauza faptului că termenele de plată s-au lungit foarte mult - de la 30-60 de zile s-a ajuns la o prevedere legală de 210 zile, iar în realitate plățile se fac la an. Și atunci este firesc ca farmacistul, care este veriga finală a acestui „lanț al slăbiciunilor”, să fie sub presiuni din toate direcțiile. Pe de-o parte, din cauza furnizorilor, care și ei au dreptate. Pe de altă parte, și ei, farmaciștii trebuie să-și plătească obligațiile către stat. Sute de farmacii au ajuns în insolvență în ultima perioadă, uneori fiind preluate de lanțuri farmaceutice cu putere financiară mai mare. Farmaciile sunt puse în situația, pe de-o parte, să-și servească pacienți și să le elibereze în continuare rețete compensate și gratuite, iar, pe de altă parte, să le crească soldul pe care-l au de primit de la stat și dar și creditul pe care-l au de la furnizori. Aceștia din urmă devin mai precauți și dacă vorbim de termene de plată de 300+ zile, la reînnoirea contractelor reduc aceste termene la nu mai mult de 210-240 zile. Acest lucru crează o presiune asupra farmacistului de ordin administrativ și economic, în loc ca acesta să-și dedice atenția exclusiv pentru pacient. Apar și perioade de gol. Faptul că medicamentele în România sunt cele mai ieftine din Europa nu este o fericire. S-a deschis larg ușa exportului paralel, unele medicamente intră în România fără să mai ajungă în farmacii, ele fiind reexportate. De aceea, o serie întreagă de medicamente pentru afecțiuni endocrine sau chiar neoplazice nu se găsesc, spre disperarea pacienților. Există o directivă europeană prin care se precizează că datorile nu pot fi întinse pe mai mult de 60 de zile (nici din partea statului), ea urmând să devină operațională în maximum un an și jumătate. Cred că trebuie măsuri de a se reduce treptat aceste termene de plată, pentru că altfel va fi greu să se treacă brusc de la 300 de zile la 60 de zile.

Întrebare: O chichiță guvernamentală: taxa de clawback. Cum va influența introducerea acestei taxe piața farma? Există câștigători/perdanți de pe urma introducerii acestei taxe?

Răspuns: N-aș dori să comentez foarte mult pe marginea acestui subiect delicat. Eu cred că nu a existat înțelepciunea de a se analiza din toa-

te punctele de vedere instituirea acestei taxe de clawback. În prezent ea este deja implementată, dar forma finală, în care se dorește aplicarea ei în România - ceea ce nu poate să rezolve sistemul de asigurări de sănătate -, este pusă în seama producătorilor, ceea ce este anormal. Pe de o parte, implementezi cel mai mic preț din Europa, iar pe de altă parte, ai o taxă clawback care este cea mai apăsătoare dintre toate care există și atunci întrebarea firescă este: Vor putea producătorii să suporte acest lucru? Temerea mea este că nu, iar atunci s-ar putea să asistăm fie la retragerea în totalitate a unor producători de pe piața românească, fie la retragerea unor produse care sunt vitale pentru pacienți. Cred că această taxă de clawback ar trebui reanalizată și ascultate toate vocile implicate, pentru că, producătorii sunt obligați să suporte în integralitate aceste taxe, ceea ce este imoral.

Urmare în numărul viitor



Efectul fidelizării, între carduri și atitudine

Evaluarea farmaciilor prin studiu Mystery Shopping

75 % dintre clienții „sub acoperire” care au trecut pragul farmaciilor testate prin acest studiu, nu au fost satisfăcuți de atitudinea personalului din farmacii. Aceste evaluări pot reprezenta un punct de plecare în a afla modalitățile prin care farmaciile își pot menține clienții sănătoși, loiali și mulțumiți.

Scenariu abordat de către clienții misterioși a fost unul clasic și a presupus solicitarea unor medicamente pentru răceală.

Studiul a relevat deficiențe în ceea ce privește determinarea nevoilor clienților care nu dispun de o rețetă prescrisă de un medic și consilierea lor corectă, și legată de atitudinea empathică cu care se presupune că ar trebui să fie tratați pacienții.

Concret, cei mai mulți farmaciști s-au mulțumit să enumere 2-3 denumiri de medicamente la alegerea clientului, fără să ceară mai multe lămuriri privind simptomele pacientului. Astfel, clientul a trebuit să aleagă din niște denumiri de medicamente care pentru el nu au nicio rezonanță sau cel puțin nu le cunoaște indicațiile terapeutice. De altfel, aceste recomandări ale farmaciștilor au fost doar din gama de medicamente masiv promovate și cu prețurilor ridicate, omitându-se de banalul paracetamol.

Atribuțiile personalului din farmacii ar trebui să se rezume nu doar la simpla vânzare a produselor farmaceutice. Clientul trebuie să vadă în farmacist un consilier de încredere, care se preocupă cu menținerea stării sale de sănătate. În doar 25% din cazuri farmacistul a recomandat pe lângă medicamente și alte tratamente adjuvante precum odihna, consumul de ceaiuri și de citrice, atât de necesare în procesul de vindecare. Tot doar în 25% din cazuri farmacistul a făcut mențiuni privind modul de administrare a medicamentelor.



Importanța legăturii empatice și înțelegerea stării de sănătate a fiecărui pacient în parte este un aspect înțeles și pus în practică doar de 37% dintre farmaciști. Rostirea unui simplu cuvânt ca de exemplu „Sănătate” nu este doar o dovadă de profesionalism din partea personalului din farmacii, ci reprezintă o cerință de bază a interacțiunii umane.

La capitolul campanii de fidelizare, trebuie menționat că în ciuda faptului că aproape toate farmaciile vizate în acest studiu au diferite tipuri de carduri, doar în jumătate din cazuri potențialii clienți au fost întrebăți dacă dețin sau nu un astfel de card și doar unul din opt farmaciști a menționat avantajele pe care acest card le oferă. Referindu-ne la aversiunea naturală a clientului pus în situația de a completa formulare, acesta nu a fost suficient ajutat și lămurit de personalul din farmacii, în cele mai multe din cazuri, neînțelegându-se că fidelizarea unui client începe de fapt cu atitudinea pe care o are farmacistul față de acesta.

Articol oferit de:

Cosmina Voichița Meseșan, Specialist în Mystery Shopping și Customer Care @ VBS
E-mail: voichita@solutiideafaceri.ro
Site VBS: www.solutiideafaceri.ro
Blog: www.fidelizareclienti.blogspot.com

Un adevarat profesionist; mai are și tarife ok!

Corina

Dumnezeu să vă binecuvânteze D-na Doctor Georgeta Vintilă! Sunteți un om deosebit!

Mihaela

Îi mulțumesc dr. Paul Niculescu pentru modul în care m-a tratat. Mi-am rupt piciorul când eram însărcinată și a fost extraordinar de atent. Pentru mine este un medic excepțional și un om foarte deosebit.

Dorin

Mulțumesc îngerului numit Olivera Lupescu pentru starea în care mă aflu și pentru faptul că trăiesc în urma accidentului suferit.

Radu Simona și Rodica

- mama are din nou brațul la locul lui
Mulțumesc domnului prof. dr Georgescu (Sp. Clinic de Recuperare Cluj) care a făcut minuni și astfel mama are din nou brațul la locul lui ... incredibil ce putere stă în mâinile acestor oameni .. acolo sus .. cineva vede .. și apreciază .. mulțumesc și doamnei dr. Ileana Matei .. medici profesioniști în fața căroră trebuie să pui pălăria jos .. și eu o să fac acest lucru dacă o să am ocazia unei întâlniri .. să se mai nască aşa oameni!

Dincă Adriana

Am născut cu Dr. Rădulescu Corina, este cea mai bună.

Constanța

Mulțumiri cu sănătate și fericire d-lui Dr. Mușat Ovidiu pt. profesionalismul de care a dat dovadă cât și pt. promitudinea cu care l-a tratat pe soțul meu. Felicitări și succes în cariera medicală Drei dr. rezident Uliana O. Cu stimă! G.G.

Ana-Maria

D-na dr. Racoș Elisabeta este o d-nă extraordinară, din toate pct. de vedere.

Mircea, Dr.Tr.Severin

D-na dr. Foișoreanu este o femeie deosebită din toate punctele de vedere. Îi doresc multă sănătate, dâns ei cât și întregului personal, niște oameni adevărați.

Toma Teodor

Dr.Coltan Gabriel de la Matei Balș a fost și este pentru mine un salvator de vieți și un om cum puțini dintre noi mai suntem! Numai cuvinte de laudă, stimă și respect din partea mea! Domnule doctor, să vă dea Dumnezeu sănătate și putere de muncă în continuare, să fiți neschimbat și peste ani de zile!

Pagină realizată pe baza comentariilor vizitorilor site-ului www.saptamanamedicala.ro



Excesul de fosfor în organism, un pericol pentru pacienții dializați

Felecan Viorica, pacient

Buna ziua! Fac dializă de 7 ani și deseori m-am confruntat cu blocarea mușchilor și nu am mai putut să merg. Fosforul este 8, iau Calciu la recomandarea medicului nefrolog (6/zi). Vă rog să mă îndrumați, ce alimente am voie să consum? Există și alte medicamente care să ducă la reducerea fosforului din organism?

Dr Camelia Totolici, M. pr. interne
și nefrologie, Centrul de Dializa Fresenius
NephroCareTimisoara

Pentru a da un răspuns corect și complet, trebuie să avem în vedere faptul că în investigarea tulburării metabolismului fosfo - calcic la pacientul dializat sunt necesare mai multe analize: calcemia, parathormonul, fosfataza alcalină și altele. În funcție de rezultatul acestor analize, se stabilește medicația: calciu, vitamina alfa- D3, chelatori de fosfați care nu conțin calciu. Medicul nefrolog care îngrijește pacientul, fiind în posesia acestor date, precum și ținând cont de afecțiunile asociate pe care le poate prezenta pacientul, hotărăște prescripția parametrilor dializei precum și tratamentul medicamentos. Este foarte important să se respecte numărul de dialize pe săptămână prescris (3 hemodialize), precum și dieta săracă în fosfați, cu limitarea consumului de fosfor la 800-1200mg/zi (a se consulta tabelul cu conținutul alimentelor în fosfor). De menționat că dieta trebuie adaptată astfel încât să nu ducă la malnutriție protein - calorică. Sunt permise: carnea din piept de pui, curcan, branza proaspătă de vaci, ouă, orez și alte alimente, care să nu depășescă aportul de fosfor menționat.

Pacient dializat

Î-mi puteți spune dacă filtrul de dializă ajută la reducerea fosforului? Există medicamente care se pot prescrie în loc de acetat de calciu și osvaren, dacă acestea nu dau rezultate? În situația

în care țin un regim strict și urmez prescripția medicului, care ar fi cauza pentru care nu scade fosforul ? Am o valoare puțin peste 9. Vă mulțumesc!

Dr Camelia Totolici

Dializoarele high-flux se aleg, în general, în funcție de greutatea pacientului (diferența de „clearance” al fosfațiilor nu e aşa mare între dializoare), dar scăderea fosforului se produce în primele 2 ore de dializă și depinde și de debitul de sânge al pacientului (este bine să fie minim 350ml/min). Important este să se respecte orarul de 3 dialize/săptămână, precum și dieta cu limitarea aportului de fosfați la 800-1200mg/zi (așa cum am precizat mai sus). În stabilirea tratamentului, se ține cont și de valorile calciului, PTH-ului etc. În afară de chelatorii pe bază de calciu, mai există altă medicație care chelează fosforul, dar decizia aparține medicului nefrolog care îngrijește pacientul și care cunoaște toate datele lui. Pacientul trebuie să fie conștient că rolul lui de a respecta dieta este foarte important în obținerea unui fosfor mai scăzut.



Hernia de disc operată prin proteză „cage”

Buna tuturor. Mă numesc Lazăr Valentina. Aș dori să vă împărtășesc și vouă din experiența mea pre și post operatorie.

Acum două luni și ceva am început să simt dureri în zona cefei, cu radiere spre brațul stâng. Am crezut că e o simplă febră musculară, sau altceva similar, dar durerea devine din ce în ce mai intensă și mi-am dat seama că poate fi ceva mult mai grav. Am mers la un neurolog în Focșani, care m-a trimis să fac un RMN, iar rezultatele acestuia erau clare: Hernie de disc cervicală c5-c6. Am întrebat care sunt metodele de vindecare la mai mulți neurologi din oraș și, oriunde mergeam, primeam cam același răspuns: tratament, iar dacă acesta nu îmi ameliorează durerea, va trebui să se intervînă chirurgical, doar că mi se recomanda să evit operația pe cât posibil, deoarece nu mai sunt chirurgi competenți la noi în țară. Așa că am stat și am cheltuit sume mari de bani pe tratament timp de o lună și ceva, iar în loc de vindecare, simțeam că e din ce în ce mai rău, îmi scădeau simțurile, mișcarea gâtului și a mâinii stângi îmi provocau dureri insuportabile, iar simțul tactil în mâna stângă devenise aproape inexistent. Așa că am hotărât să mă informez în legătură cu metodele chirurgicale.

Am deschis frumos google și am început să caut. După mai multe căutări am ajuns la concluzia că metoda de chirurgie prin folosirea unei proteze „cage” este cea mai benefică, datorită timpului scurt de recuperare și al faptului că aceasta nu se degradează în timp, spre deosebire de metoda clasică, prin prelevarea unui fragment de os din zona șoldului. Așa că a apărut un nou cuvânt în căutarea mea, și anume „cage”. După alte nenumărate căutări am dat peste



site-ul unui doctor din București care operează prin această metodă nouă, prin folosirea unei proteze cage. Am simțit că acesta este medicul care trebuie să mă opereze. Numele acestui neurochirurg este Marian Munteanu, de la Spitalul Militar Central din București. Am căutat datele de contact ale acestuia și mi-am făcut o programare pentru un consult. Am mers la control și diagnosticul a fost același, doar că dl. dr. Marian Munteanu mi-a spus că în această fază trebuie neapărat să se intervînă chirurgical. M-a programat pentru internare și a doua zi m-a operat.

Astăzi se fac două săptămâni de la operație și trebuie să vă mărturisesc că mă simt excellent, recuperarea este aproape completă, durerile sunt aproape inexistente, iar cicatricea apărută în urma operației... abia se vede. Am scris aceste randuri pentru a mulțumi d-lui dr. neurochirurg Marian Munteanu, d-lui dr. Popa Emil și întregii echipe care m-a asistat la operație. Sunt oameni minunați în acest spital, deși poate sună neverosimil în România de azi.

Mă adresez și celor cărora le este frica de operație, nu vă mai faceți griji, am fost și eu în aceeași situație și am amânat cât am putul ceea ce era inevitabil, dar acum regret acest lucru, abia după operație mi-am dat seama că trebuia să fac acest lucru de mult timp. Mergeți cu încredere la Spitalul Militar Central, vă asigur că veți fi uimiți de profesionalismul cu care veți fi tratați. În cazul în care ati fost diagnosticati cu hernie de disc cervicală, sau orice fel de hernie de disc, vă recomand cu multă căldură acest spital.

Cum diagnosticăm Sindromul Turner?



Dr. Alina Papadopol,
M. Sp. pediatru, Centrul
Medical Medsana.
www.medsana.ro

Sindromul Turner este o boală genetică provocată de lipsa completă sau parțială a unui cromozom sexual, ceea ce duce la probleme precum o înălțime mică sau dificultăți reproductive. Această boală afectează numai femeile și fetițele. Sindromul Turner este cel mai adesea diagnosticat în copilărie, dar, în cazuri mai ușoare, se poate să nu-și facă simțită prezența decât la vârstă adultă.

Majoritatea fetelor și femeilor care au sindrom Turner au o speranță de viață foarte bună. Cu toate acestea, multe dintre ele sunt suscepțibile la anumite boli cronice, a căror diagnosticare precoce este foarte importantă. Deși sindromul Turner este confirmat pe baza analizei cromozomiale sau a cariotipului, prezența unui număr de caracteristici fizice și clinice poate sugera diagnosticul.

Multe dintre fetițe sunt diagnosticate timpuriu, atunci când curba lor de creștere începe să stagnizeze. Altele sunt diagnosticate mai târziu, în timpul adolescenței, din cauza lipsei apariției caracteristicilor sexuale secundare. La acest stadiu însă pot

coexista afecțiuni medicale de tipul limfedemului congenital sau malformației renale, precum și un risc crescut de osteoporoză, diabet sau pierdere auzului.

De aceea, sindromul Turner trebuie diagnosticat cât mai rapid posibil după naștere, pentru a le asigura copiilor o îngrijire adecvată în timpul copilăriei și adolescenței. El a fost descris pentru prima dată în 1938 de endocrinologul american Dr. Henry Turner, care a constatat că peste 95% dintre femeile cu acest sindrom au statură scundă, iar peste 90% prezintă insuficiență ovariană. Are o incidență de un caz la 2000-2500 dintre nașteri, afectând exclusiv genul feminin și reprezentă 10% din cauzele de avort spontan în primul trimestru. Spre deosebire de sindromul Down, vîrsta înaintată a mamei nu este corelată cu un risc crescut și factorii de risc nu sunt clar stabiliți. Sindromul Turner afectează 15.000 de femei

în Marea Britanie, iar 60% nu au fost diagnosticate în timpul copilăriei. Diagnosticarea precoce face posibilă tratarea unor malformații cardiovasculare, previne sau remediază eșecul creșterii, pierderea auzului, precum și dificultățile de memorare.

Diagnosticarea sindromului Turner trebuie considerată la fete cu amenoree (lipsa menstruației) primare sau secundare, lipsa dezvoltării sânilor și valori crescute ale FSH-ului până la vîrstă de 14 ani.

Femeile mature se pot prezenta cu infertilitate și trebuie avut în vedere acest diagnostic, mai ales în asociere cu statura scundă.



Caracteristici ale sindromului Turner	Sugăr	Copil	Adolescent	Adult
Greutate mică la naștere	Da			
Statura scundă		Da	Da	Da
Limfedem (al mâinilor și picioarelor)	Da	Da	Da	Da
Alimentație defectuoasă	Da			
Creștere ponderală deficitară	Da			
Somn agitat	Da	Da		
Murmur cardiac	Da	Da	Da	Da
Probleme comportamentale		Da	Da	
Frică exagerată		Da	Da	Da
Infecții auriculare		Da	Da	Da
Pierdere auzului		Da	Da	Da
Obezitate	Da	Da	Da	Da
Dificultăți de învățare		Da	Da	Da
Vulnerabilitate socială			Da	Da
Pubertate absentă sau incompletă			Da	Da

- Sumarul caracteristicilor clinice ale sindromului Turner sunt:
- statură scundă
- piept lat, creșterea distanței intermamelonare
- gât scurt cu păr jos implantat
- boltă palatină înaltă și arcuită
- urechi jos implantate
- limfedemul mâinilor și/sau picioarelor (mâini și picioare umflate)
- anomalii ale degetelor (metacarp/metatars - 4 degete mai scurte), precum și unghii hiperconvexe
- anomalii ale dezvoltării osoase (brațele sunt îndoite din coate către exterior - cubitus valgus) - vezi poze
- ochi migdalati, orientați în jos (leneși), ptoză, strabism, cataractă sunt comune
- dificultăți în distingerea culorilor roșu și verde
- intelect normal.

Odată ce diagnosticul a fost stabilit, părinții sunt sfătuiri să se prezinte regulat pentru monitorizarea problemelor medicale ce derivă din această condiție complexă, care se numește sindrom Turner, și anume: pierderea auzului (este necesară

testarea anuală a auzului, mai ales în cazurile de otite medii recurente), osteoporoză (derivă din lipsa estrogenilor), malformații cardiace (coarcătăie de aortă, bicuspidie de aortă), incidența crescută a sindroamelor de malabsorbție (boala Crohn, boala celiacă), hipotiroidism, diabet, incidența crescută de displazie de șold, anomalii renale (rinichi în potcoavă), infertilitate.

Considerații-cheie în managementul monitorizării sindromului

- 1. Monitorizarea înălțimii**, a greutății și a indicelui de masă ponderală în cadrul fiecarei vizite la medic
- 2. Monitorizare cardiovasculară** (măsurarea tensiunii arteriale)
- 3. Monitorizarea anuală** a funcției tiroidiene, IGF-I, glucoză și HbA1c
- 4. Tratament cu hormon de creștere** pentru ajustarea creșterii
- 5. Tratament estrogenic** pentru stimularea dezvoltării sexuale și menținerea densității osoase.

În topul afecțiunilor cronice: astmul bronșic

*Dr. Tünde Horvath
Doctor farmacist specialist
Asistent universitar*

Peste trei milioane de români suferă de boli alergice, cele mai frecvente forme fiind rinita alergică, conjunctivitele, astmul și sinuzitele alergice, care apar la toate categoriile de vîrstă.

Primele reacții alergice apar de obicei în copilărie și, în general, se atenuiază odată cu înaintarea în vîrstă. Din 1950 și până în prezent, numărul astmaticilor a crescut cu 60%, iar la copiii sub 15 ani prevalența astmului bronhic a crescut cu 41% în aceeași perioadă. Numărul de decese produse în România de astmul bronșic a ajuns la aproximativ 4400 pe an.

Astmul bronșic poate fi caracterizat prin expunerea la unul sau mai mulți stimuli, inclusiv anumite alergeni, unele medicamente (aspirina și alți AINS, betablocantele etc.), efortul fizic, emoțiile, infecțiile sau aerul poluat. Astmul bronșic apare de obicei în copilărie, iar la indivizii cu tendință ereditară (atopici) poate fi însoțit de alte manifestări de hipersensibilitate, cum ar fi febra de fân sau dermatitele. Totuși, boala poate apărea și la adult și chiar și la persoanele vîrstnice.

Astmul bronșic este o boală inflamatoare a căilor respiratorii și are caracter cronic, care se manifestă clinic, periodic, în crize de dispnee expiratorie, cu senzație de sufocare. Componentele majore fiziopatogene ale crizei de astm bronșic sunt: bronhospasmul, hipersecreția bronșică vâscoasă, aderență, obstructivă, și inflamația și edemul mucoasei.

Antiastmaticele sunt medicamente ce reduc intensitatea și frecvența crizelor de astm bronșic. Prima categorie de antiastmatice este reprezentată de simpatomimeticice, predominant

β-adrenergice, cu efect bronhodilatator. Unele dintre ele manifestă, pe lângă efectul bronhodilatator, și alte efecte farmacologice: cardiotimulatoare sau uterorelaxante. Cele mai cunoscute simpatomimeticice bronhodilatatoare sunt: adrenalina, efedrina, izoprenalina, orciprenalina, terbutalina, fenoterol, salbutamol, salmeterol, hexoprenalina, bambuterol, clenbuterol, formoterol etc.

Medicamentele parasimpatolitice

ajută la reducerea spasmelor musculaturii netede contractate de la nivelul tractului gastrointestinal, al căilor urinare, biliare, uterului, bronhiilor, mușchiului circular al irisului. Un reprezentant este tiotropium, un derivat de semisinteză al scopolaminei, cu acțiune neselectivă, indicat în tratamentul de întreținere al bronhopneumopatiei obstructive cronice (BPOC). Efectul bronhodilatator este de lungă durată, fiind administrat în doză unică zilnică.

Ipratropium este un alt derivat de semisinteză al atropinei, indicat în profilaxia și tratamentul bronhospasmului acut din bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) și astmul bronșic, tratamentul de întreținere al bronhospasmului din BPOC, ameliorarea simptomatică a rinoreei din rinite alergice și nonalergice. Efectul bronhodilatator se instalează în 15 minute și are durată medie (3-4 ore).

Glucocorticozii reprezintă medicația cu eficacitatea antiastmatică maximă. Sunt de selecție în crize severe de astm bronșic, refractare și status astmaticus, precum și în tratamentul de fond în astm bronșic cronic, moderat și sever. Cele mai importante antiinflamatoare corticosteroizi utile în astmul bronșic sunt: beclometazon dipropionat, budesonidum, flutiacason, mometason, triamcinolon, hidrocortizon hemisuccinat, prednison,

prednisolon, metilprednisolon. Medicamentele utilizate în astmul bronșic pot fi administrate prin mai multe căi: inhalatoare, în profilaxia și terapia crizei; sublingual, în profilaxia imediată și terapia crizei; per os, în profilaxia de durată sau injectabil (s.c., i.v., i.m.) în terapia crizei.

Calea inhalatoare

O cale de administrare curentă atât în profilaxia (de durată sau imediată) cât și în terapia crizei, prezintă câteva avantaje: dozele pentru administrare pe cale inhalatoare reprezintă cca 10-20% din cele sistémice, fiind mai bine tolerate; conferă bronhoselectivitate, cu eficacitate pronunțată, iar efectele sistemice sunt reduse, comparativ cu celelalte căi (p.o., inj.).

Tratamentul cu bronhodilatatoare

asociate sau nu cu corticosteroizi, de obicei administrate sub formă de aerosoli sau, dacă afecțiunea este mai severă, prin nebulizări, s-a dovedit eficient.

Corticosteroizii orali sunt rezervați doar acelor pacienți care nu răspund adecvat la alt tratament. Crizele severe de astm necesită doze mari de corticosteroizi orali.

Evitarea alergenilor cunoscuți, în special aditivi alimentari, părul de animale de casă, praful, precum și a fumatului poate reduce frecvența crizelor.

Medicamentele contraindicate în astm și insuficiență respiratorie sunt:

medicamente deprimante respiratorii centrale, de ex. analgezice și antitusive opioide (morphina, codeina), derivați barbiturici (fenobarbital); medicamente bronhoconstrictoare, de ex. anti-inflamatoare inhibitoare, ca aspirina, betabloante de tip metoprolol, propranolol, bisoprolol, carvedilol;

medicamente cu potențial alergizant, care pot agrava un astm alergic, de ex. aspirină, penicilina, procaină, metamizol (Algocalmin), propifenzonă, sulfamide;

expectorante bronhosecretolitice, cum sunt bromhexina, acetilcisteina, cu precădere sub formă de aerosoli în administrare pe cale respiratorie, deoarece pot induce bronhospasm.

la copii sub 15 ani
prevalența astmului
bronhic a crescut cu 41%

Tratamentul complex

*Asist. Univ. Dr. Mahler Beatrice, m.pr.
pneumolog, Institutul de pneumologie
Marius Nasta, București, as. univ.
Universitatea de Medicină și Farmacie
Carol Davila, București*

Tratament corect în bronșiectazii este unul complex, de lungă durată, care implică o colaborare multidisciplinară. Tratamentul antibiotic trebuie susținut și urmat de o igienă bronșică, riguroasă, care devine obligatorie pentru îmbunătățirea prognosticului și a calității vietii pacientului. La fel, procedurile kinetoterapeutice și curele balneare cu profil respirator, scad numărul exacerbărilor infecțioase.

Tratamentul specific în bronșectazii poate urmări patru scopuri și tipuri de acțiuni: igiena căilor aeriene, tratamentul antibiotic, tratamentul chirurgical și alte terapii asociate. Nu există încă la nivel mondial un plan de tratament al bronșectaziilor, el incluzând funcție de stadiul bolii: managementul exacerbărilor, managementul bolii clinic stabil, consultul medical periodic și identificarea pacienților cu factori favorizanți pentru formă severă de boală.

Igiena căilor aeriene

Aceasta presupune terapii care au rolul de a mobiliza și elimina secrețiile care stagnă la nivelul căilor aeriene, favorizând inflamația. Se are în vedere și drenarea secrețiilor de la nivelul sinusurilor maxilare și frontale.

Drenajul secrețiilor bronșice se face prin tehnici de clearance traheo-bronșic:

- drenaj postural și proceduri de fizioterapie respiratorie,
- valve mecanice, aparate speciale care au rolul de a transmite o forță vibratorie către căile aerine, favorizând drenajul secrețiilor bronșice. Aceste

aparate pot să mențină deschise căile respiratorii și în ultima parte a expirului.

- veste vibratilă terapeutice, produc mobilizarea secrețiilor, prin acțiunea unei forțe vibratile crescute, asupra toracelui.

Alături de tehnicele kinetoterapice, igiena căilor aeriene este susținută și de tratamentul medicamentos non-antibiotic: bronhodilatatoare, mucolitice, antiinflamatori, antibiotice.

Bronhodilatatoarele cele mai utilizate sunt cele cu durată scurtă de acțiune, și au rolul de a produce dilatația bronhiilor. Utilizarea lor trebuie să se facă însă în doza recomandată de medic, datorită reacțiilor adverse cardiace.

Mucolitice au rolul de a fluidifica secrețiile bronșice și se pot administra atât sub forma de aerosoli, oral sau injectabil. Administrarea soluțiilor mucolitice sub forma de aerosoli, are avantajul de acțiune rapidă la nivelul epitelium bronșic, dar și dezvantajul, de a nu persista în timp. Eficiența metodei pare a fi prezentă doar în combinație cu tehnicele de kinetoterapie. Alte substanțe mucolitice pot fi administrate atât pe cale orală cât și injectabilă

Medicamente cu rol anti-inflamator de tipul ibuprofen, paracetamol, se pot administra doar în perioadele de acutizare, și strict la indicația medicului.

Managementul bolii de reflux gastro-eso-fagian include o dietă echilibrată, cu reducerea cantității de lichi-

al bronșiectaziilor

de și alimente în cursul serii, evitarea decubitului dorsal cel puțin 30 de minute după masă. La pacienții cu lupus eritematos sistemic sau hernie hialată se indică proceduri chirurgicale de corectare. Pacienții cu tulburări de deglutiție vor fi alimentați cu alimente de consistență crescută. Măsurile terapeutice includ medicație prokinetică și reducerea acidității gastrice.

O terapie antimicrobiană specială trebuie acordată bronșiectaziilor colonizate cu bacterii rezistente la tratamentul antibiotic (ex. *Pseudomonas aeruginosa*). Tratamentul trebuie efectuat respectând antibiograma, timp de 15-20 zile, până la 8 cure/an.

Tratamentul antibiotic

Se adresează în mare parte exacerbărilor, fără a exista însă un consens internațional și studii internaționale pentru aprecierea celei mai utile scheme terapeutice. Tratarea corectă a exacerbărilor este importantă pentru a preveni declinul

funcției pulmonare și a păstra calitatea vieții pacientului. Inițierea rapidă a tratamentului la pacientul cu bronșiectazii este recomandată, astfel la primele semne de boală pacientul să-și poată administra antibiotice.

Dacă pentru acutizările infecțioase în formele ușoare de boală, se preferă administrarea schemelor terapeutice, care cuprind două antibiotice cu acțiune sinergică, alese aleator de medicul specialist, în formele severe de boală schema de antibioterapie se modifică conform antibiogramei.

Chiar dacă beneficiul antibioterapiei de lungă durată nu poate fi neglijat, riscul de selecție a tulpinilor rezistente este mare, iar în suprainfecția cu bacterii evidențiate în culturi se preferă tratamentul ținut.

Tratamentul antibiotic inhalator are avantaje multiple: acțiune directă la nivelul focalului inflamator, atingând concentrații minime inhibitorii la nivelul germenului de

zece ori mai mari, cu scăderea efectelor secundare. Asocierea tratamentului antibiotic inhalator la cel administrat oral sau injectabil, crește funcția pulmonară și calitatea vieții pacientului. Tratamentul antibiotic trebuie completat de terapie specifică pentru infectiile asociate cu ciuperci sau alte tipuri de bacterii.

Tratamentul chirurgical

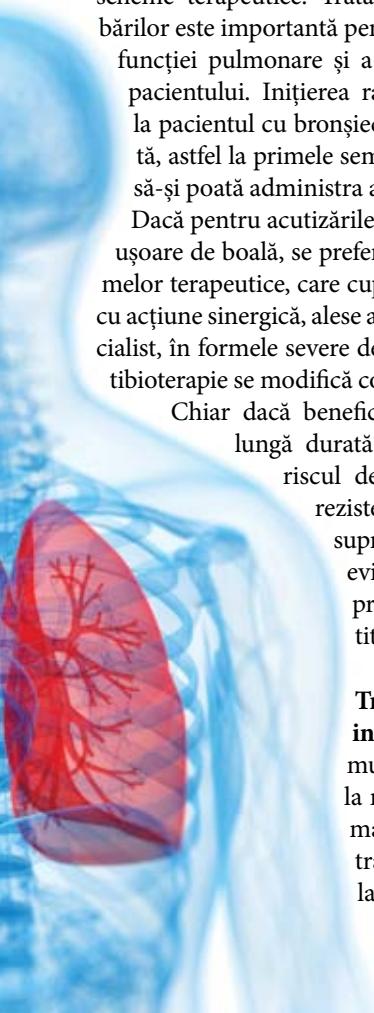
Trebuie luat în considerare în bronșiectaziile localizate, unde lobectomia elimină riscul local de infecție, întrerupând cercul vicios format. Eradicarea chirurgicală a focarelor infecțioase sinusale este obligatorie. Nu trebuie exclusă nici posibilitatea transplantului pulmonar pentru pacienții tineri cu disfuncție respiratorie severă.

Alte terapii asociate

La formele severe de boală de poate administra oxigenoterapie de lungă durată și ventilații non-invazivă de tip CPAP sau BiPAP.

Administrarea vaccinurilor este indicată la acești pacienți. Vaccinarea poate fi profilactică și terapeutică. Vaccinarea profilactică se face cu vaccin antigripal și antipneumococic. Iar vaccinarea terapeutică cu vaccin anti *Pseudomonas aeruginosa* poate fi în scop curativ sau profilactic.

Pacientul cu bronșiectazii va urma tratament balnear, în una din stațiunile din România, cu atât mai mult cu cât România deține 30% din resursele balnare ale Europei (de exemplu Govora, Băile Herculane, Slănic Prahova, Praid).



Principii și obiective de

Dr. Naghiu N. Radu

Medic specialist psihiatru pediatrică, Homeopatie,
Napocensis Medical Center, Bucuresti

Autismul infantil este o boală psihică complexă, care debutează prin oprire în dezvoltarea psihică a copilului înainte de vârsta de 3 ani și se caracterizează prin:

- inabilitatea de a iniția și dezvolta relații sociale, de a exprima interes și emoții;
- incapacitatea de a folosi limbajul și comunicația (atât verbal cât și nonverbal);
- prezența unui comportament sărac, stereotip, inclusivând un repertoriu comportamental restrictiv și repetitiv.

Incidența autismului în urmă cu 10 ani era de 2-4/10.000 copii; acum este într-o continuă creștere. În SUA, după ultimele statistici, incidența a ajuns la 1 copil din 97.

Pe sexe, repartitia este de 4:1 sex masculin/sex feminin.

Etiologie. La ora actuală nu există un consens privind etiologia autismului. Sunt incriminați factori multipli- genetici, imunologici-, multiple vaccinări pe un teren particular, intoxicația cu metale grele, aditivi alimentari (E-urile).

Semne precoce ale autismului 0-2 ani

0-6 luni

Indiferență față de lumea sonoră

Anomalii de privire, strabism

Anomalii de comportament (copil prea calm sau prea agitat)

Tulburări de somn și de alimentație (forme atipice și/sau severe)

Anomalii globale ale motricității și tonusului

muscular: hipotonie, hipoactivitate, ținută corporală neobișnuită

6-12 luni

Atitudini bizare și activități solitare – fluturarea degetelor și mâinilor în fața ochilor, balans, utilizarea neobișnuită a obiectelor (râcăire, freare) Absența interesului pentru persoane (lipsă de contact, anomalii de comunicare prin mimică, gesturi)

Emisii vocale puține/absente

Confirmarea particularităților motrice: hipo/hiper-tonie, hipo/hiperactivitate

Nu gângurește, nu arată cu degetul, nu face vreun gest cu sens la vârsta de un an

1-2 ani

Nedezvoltarea limbajului (nu spune niciun cuvânt la 16 luni, nu combină 2 cuvinte la 2 ani; nu răspunde când este strigat pe nume; pierderea limbajului și/sau a abilităților sociale)

Pare să nu știe cum să se joace cu jucăriile (sărăcia și stereotipia jocului)

Anomalii de comunicare nonverbală (nu zâmbește, uneori parcă ar fi surd)

Apatia și indiferenta obișnuite sunt în contrast cu fascinația pentru lumini, muzica.

Lumea copilului cu autism

În lumea lui este singur și anxios; are o mare frică de nou, de schimbare, de imprevizibil; ritualurile, autostimulările, hiperkinezia au rolul de a-i reduce anxietatea; nu poate simți dragostea părintilor și nu o poate da pe a lui părintilor; trăiește cu opareche de părinti-objecți; nevoi reduse la cele de bază (hrană, apă, nevoi fiziole).

Familia copilului autist

Copilul cu autism are două perechi de părinti. Una până în momentul aflării diagnosticului

tratament în autism

Tratamentul autismului are două mari componente.

- ☒ Un tratament medicamentos pentru tratarea simptomelor autismului, pentru redarea capacitateii de a simți și exprima sentimentele și pentru a-i reda capacitatea de a învăța,
- ☒ Un proces structurat de învățare pentru recuperarea deficitului de cunoaștere prezent în toate ariile: cognitiv, autoservire, motor, limbaj-comunicare, socializare, joc și, nu în ultimul rând, afectiv-emoțional.

(familie normală) și alta după aflarea diagnosticului.

După ce părinții primesc diagnosticul și află că autismul nu are tratament, intră într-o stare de soc similară cu starea din tulburarea de stres posttraumatică (TSPT). Pentru a trata copilul este obligatorie și tratarea părinților de TSPT.

Intervenția precoce în autism

Toate terapiile se adresează părinților copiilor cu autism- părinții aleg una sau mai multe terapii pentru copilul lor.

De aceea, intervenția precoce în autism înseamnă scoaterea părintelui din TSPT; ulterior părintele trebuie să se informeze despre autism și despre diferitele terapii la care el are acces.

Să cunoască ce poate să ofere fiecare terapie copilului său și care sunt limitele fiecărei terapii.

Să-și stabilească obiectivele (ce anume vrea să realizeze cu copilul lui) și prin ce terapii.

Părintele este "managerul de caz" și de deciziile sale depinde viitorul copilului său.

Principiile tratamentului în autism

În urma tratamentului medicamentos/terapiei pe care o urmează, copilul cu autism trebuie să parcurgă toate etapele de dezvoltare a copilului neurotipic. Tratamentul medicamentos/terapia se începe cu aria unde vârsta de dezvoltare este cea mai mică

Obiectivele în tratamentul copilului cu autism sunt:

- să devină capabil să simtă și să-și exprime sentimentele;
- să reînceapă să învețe natural și spontan;
- să primească un program structurat de învățare, ca să recupereze deficitul de cunoștințe, raportat la copiii de vârstă lui;
- să ajungă să aibă șmecheria copiilor de vârstă lui, să înțeleagă sensul figurat al cuvintelor și farsele și glumele spuse de copii de vârstă lui.



Medicina nucleară în pediatrie



Dr. Adriana Rimbu,
M. pr. Medicină nucleară,
M. sp. Radiodiagnostic
0724.201.203;
0763.337.493

Medicina nucleară este o specialitate imagistică ce oferă, cu ajutorul radiofarmaceuticelor, informații despre funcționalitatea unor organe și sisteme ale organismului. Imaginele se obțin prin detecția energiei emise în afara corpului de molecula radioactivă, parte a radiofarmaceuticului administrat, iar informațiile obținute nu pot fi furnizate de alte tehnici imagistice (neiradiante - ecografie, IRM sau radiante-radiologie, CT).

Medicina nucleară pediatrică se referă la examinările, în principal scintigrafice, la nou-născuți, copii mici, preșcolari, școlari și adolescenți. Copiii sunt expuși la o doză minimă de iradiere, frecvent mult mai mică comparativ cu cea obținută din examinările radiologice, cantitatea de radiofarmaceutic folosită fiind calculată pe kg corp și în doza minimă necesară pentru realizarea investigației. Examinările scintigrafice se folosesc pe plan mondial de peste 40 de ani, fără a fi raportate reacții adverse pe termen lung, extrem de rar apărând mici reacții alergice nesemnificative. Principalele tipuri de examinări

utilizate la copii sunt:

scintigrafia osoasă cu evaluarea tumorilor osoase primitive (cu stadializarea acestora) și secundare, suspiciunea de necroză aseptică, osteomielite, artrite, fracturi de stres;

Scintigrafie renală - prin care se realizează evaluarea funcției renale a fiecărui rinchi în parte, cu date importante în uropatia obstructivă, pielonefrite, necroză tubulară acută, reflux vezico-ureteral, transplant renal;

Scintigrafia diverticulului Meckel;

Scintigrafia hepato-splenică, cu punerea în evidență a splinelor accesoriei, cazurilor de asplenie, infarcte splenice;

Scintigrafia căilor biliare cu diagnostic diferențial între atrezia biliară și hepatita neonatală, între atrezia biliară extra- și intrahepatică;

Scintigrafia tiroidiană - cu evaluarea formațiunilor nodulare (noduli „calzi” sau „reci”), a tiroidelor ectopice, diagnosticul hipo/hipertiroidiilor;

Scintigrafia pulmonară - cu evaluarea regională a perfuziei pulmonare, ageneziei de arteră pulmonară, trombembolism pulmonar, șunturi cardiace dreapta-stânga, hipertensiune pulmonară etc.;

Cardiologie nucleară - evaluarea cardiomiopatiilor, transplant, hipertrofiei ventriculare drepte. În timpul investigațiilor scintigrafice (care pot dura 5-20 minute), este bine ca părinții să stea cu copiii lor pentru a-i calma și a reduce astfel evenualele artefacte de mișcare ce pot apărea. Pentru copii mai mici de 3 ani se recomandă sedarea ușoară a acestora.



Vrei să scapi de ochelari? Există soluții!

Cea mai modernă și sigură metodă de a scăpa de ochelari sau lentile de contact este chirurgia refractivă, operație cu laser. Cu ajutorul acestei metode pot fi corectate cu succes miopia, hipermetropia și astigmatismul. Cele mai sigure tehnici sunt Lasek și PRK.

Corectarea presbiopiei (scăderea, odată cu înaintarea în vîrstă, a posibilității de a vedea aproape fără ochelari) cu ajutorul tehniciilor laser, presbilasik, nu a luat încă o mare amploare și, corecția nu este permanentă.

Pentru a avea rezultate bune și stabilitate pe termen lung, dioptriile corectate cu laser trebuie să nu depășească anumite valori: miopia până la -7 D, hipermetropia până la +3 dioptrii și astigmatismele de 3D. După operație, situația este stabilă, adică regresia dioptriilor se întâlnește rar. Dacă dioptriile sunt mai mari decât aceste valori, există și alte tehnici pentru reducerea lor, respectiv implant de cristalin artificial în scop refractiv. În acest caz se înlocuiește cristalinul natural cu un cristalin artificial adaptat la puterea dioptrică necesară. În cazul în care dioptriile sunt foarte mari, sunt disponibile cristaline personalizate. Pentru a beneficia de oricare dintre aceste operații, vîrsta pacientului trebuie să fie de peste 18-20 ani, dioptriile să fie stabile (în cazul miopiilor) și pacienții nu trebuie să aibă alte afecțiuni sistemicе (reumatism articular acut, diabet zaharat, LES, leucemii, limfoame sau neoplazii etc.)

Persoanele care au purtat lentile de contact vor întrerupe folosirea lor cu 2-4 săptămâni înainte de operație. Preoperator, se vor face diverse măsurători (autorefractometrie, keratometrie, topografie corneană, pahimetrie și examen de câmp vizual).

Operația se realizează fără internare, cu anestezie topicală (picături) și, bineînțeles, fără durere. La sfârșitul operației, se aplică lentile de contact



terapeutice, pe care le va îndepărta medicul la controlul de o săptămână. După operație, primele 24-72 de ore sunt destul de neplăcute - ochii lăcrimează, ustură, există senzație de nisip în ochi și lumina supără. Vederea este bună imediat după operație și variabilă pe parcursul întregii săptămâni, până la îndepărțarea lentilelor de contact terapeutice. Pe perioada de 7 zile postoperator, până la îndepărțarea lentilelor de contact, igiena locală trebuie să fie strictă și se recomandă purtarea de ochelari de soare.

În prima lună, pacienții vor evita expunerea la soare, aburi, fum, machiaj, efort fizic excesiv. Postoperator, controalele sunt la 24 de ore, 7 zile, 30 de zile, 3 luni.

Recuperarea totală este variabilă, putând dura până la câteva luni.

Atenție! Acuitatea vizuală obținută postoperator nu va depăși acuitatea vizuală maximă ce poate fi obținută cu cea mai bună corecție cu ochelari.

În numărul viitor vom prezenta avantajele și dezavantajele diferitelor tipuri de operații cu laser: PRK, LASEK și LASIK

Dr. Andrei FILIP
M. Sp. Oftalmolog, Dr. șt.med.
www.drfilip.ro
www.amaoptimex.ro

Există ac de cojocul varicelor



Dr. Oana Alina Puia,
M. Sp. de Chirurgie Vasculară,
As. Univ. la Universitatea de
Medicina și Farmacie
Iuliu Hațegianu din Cluj-Napoca
www.clinicaortomedab.ro

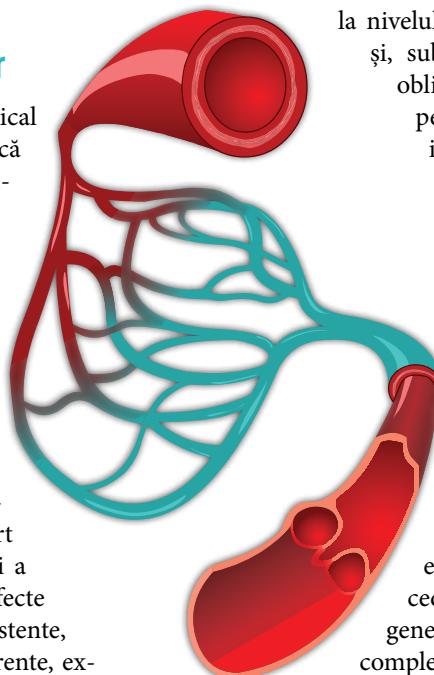
Boala varicoasă nu mai este doar un capitol anume din manualele medicale. Dimpotrivă, termenul de "varice" se aude la tot pasul, mai ales datorită incidenței crescute în rândul populației adulte (15-30%).

Cele mai frecvente simptome și semne care apar în cazul bolii varicoase sunt senzația de picioare obosite, tensiune gambieră, amorteli, cárcei, furnicături, tumefiere gambieră, precum și, în stadiile avansate, dilatații venoase multiple, lacuri și pachete varicoase inestetice, adevărăți "ciorchini" de vene tortuoase. Dar, lucrul cel mai important de știut este că varicele se pot vindeca!

Tratamentul Endovenos cu Laser

Este un tratament chirurgical modern, fără stripping (adică smulgerea venelor insuficiente) și constă în fotocoagularea termică cu contracție tisulară și distrugerea colagenului din peretele vasului, ducând astfel la obliterarea și/ sau distrugerea venelor tratate. Procedura este minim invazivă și nu necesită spitalizare, tratamentul se efectuează cu anestezie locală, procedura este rapidă, cu discomfort minim, absența cicatricilor și a durerii postoperatorii, cu efecte secundare minime sau inexistente, reluare rapidă a activității curente, excelente rezultate estetice.

Laser terapia este indicată persoanelor cu boala



varicoasă în primele stadii de dezvoltare, când insuficiența venelor e de grad mic și mediu, înainte de apariția complicațiilor, cu alte cuvinte persoanelor educate în ce privește boala lor și care se prezintă timpuriu la medic. Terapia nu se adresează pacienților care suferă și de afecțiuni arteriale circulatorii, au tromboze venoase profunde sau cei cu tare multiple asociate. Venele varicoase tortuoase sau cu malformații datorită imposibilității tehnice de cateterizare nu pot fi abordate în acest fel. Deoarece nu toate formele și stadiile de boală varicoasă pot fi tratate cu laser, alegerea cazurilor, ca la majoritatea tratamentelor chirurgicale, este foarte importantă, de aceasta depinde și succesul metodei.

Procedură rapidă și cu disconfort minim pentru pacient, tratamentul endovenos se face sub ghidaj ecodoppler. Folosind metoda punctiei venoase sau doar o mică incizie de circa 2-3 mm, se introduce fibra optică prin vena afectată (safena mare sau safena mică), ascendent până la nivelul joncțiunii safeno-femurale și, sub control ecografic, laserul obliterază vena de sus în jos pe dinăuntru. Durata unei intervenții este minimă, în circa 3 ore de la intervenție pacientul părăsește clinica pe propriile-i picioare și poate să-și continue activitățile cotidiene.

Lipsa hematoamelor care apar la o intervenție clasica, deschisă, de stripping, este un alt avantaj al tehnicii descrise și un beneficiu important pentru pacient. Pe lângă avantajele estetice pe care le oferă procedura, există și rezultate patogenetice impresionante (ocluзii complete postoperatorii, citate în literatură de peste 98% din cazuri, cu o rată de repermeabilizare minimă).

Produs japonez de excepție

Oyama Agaricus Bio-Active MC, aceasta este denumirea suplimentului din Ciuperca lui Dumnezeu, care le-a redat speranța bolnavilor de cancer, de diabet, celor care au probleme cu tensiunea arterială, cu sistemul hormonal, cu sistemul nervos, cu diverse boli dermatologice sau cu surplusul de greutate.

De ce Bio-Active MC?

- Deoarece sănătatea este mai bună decat toate și meriți să ai parte de ea!
- Deoarece conține 100% extract din ciupercă
- Agaricus Blazei Murill, denumită "Ciuperca lui Dumnezeu", cunoscută pentru acțiunea antitumorala puternică.
- Deoarece ciupercă este cultivată în mediu natural, nu în seră, fără îngrășăminte chimice.
- Deoarece BIO ACTIVE MC îți oferă garanția calității japoneze, prin mărcile primite de la asociații de Medicină Alternativă și Complementară din Japonia.
- Deoarece îl achiziționezi din farmacie sau online, cu indicații de administrare personalizate.
- Deoarece vezi minime imbunătățiri ale stării de sănătate în 10-12 ZILE!
- Deoarece sănătatea este mai bună decat toate și meriți să ai parte de ea!
- Conține 120 de elemente necesare organismului (minerale, aminoacizi, oligoelemente) și că este ușor de înghいit și ușor de asimilat!

Studiu de caz

Un caz reprezentativ este cel al doamnei P.N., în vîrstă de 62 de ani, 160 cm înălțime și 53 kg, diagnosticată cu cancer la pancreas în fază avansată, care a urmat tratamentul clasic. După seriile de chimioterapie, organismul nu a reacționat conform așteptărilor și medicii au fost foarte sceptici cu privire la șansele de supraviețuire. În acel moment a început administrarea de Bio Active MC

Oyama Agaricus progresiv, până 3 pliculete/zi, în paralel cu un regim alimentar recomandat de medic. După 12 zile a observat că poate mâncă ceva mai mult, stările de oboseală s-au ameliorat și a reușit să se deplaseze prin casă. După aproximativ 30 de zile, starea pacientei era vizibilă îmbunătățită, având un tonus mai bun. Investigațiile care au avut loc după 3 și respectiv 6 luni, au avut rezultate neașteptat de bune, indicând o remisie semnificativă. Doamna P.N. a continuat administrarea timp de 3 ani (acum ia cate 1 pliculet/3-4 zile) și acum își desfășoară cu succes activitățile în grădină și în casă.

Remisiile de 3-5 cm s-au observat și la tumorile la stomac și rinichi, stadiile III și IV, chiar și la pacienții cu vîrste de peste 60 de ani care au consumat 3-4 pliculete/zi. Aceste rezultate au apărut la aproximativ 4-6 luni după începerea administrării Bio Active MC Oyama Agaricus.

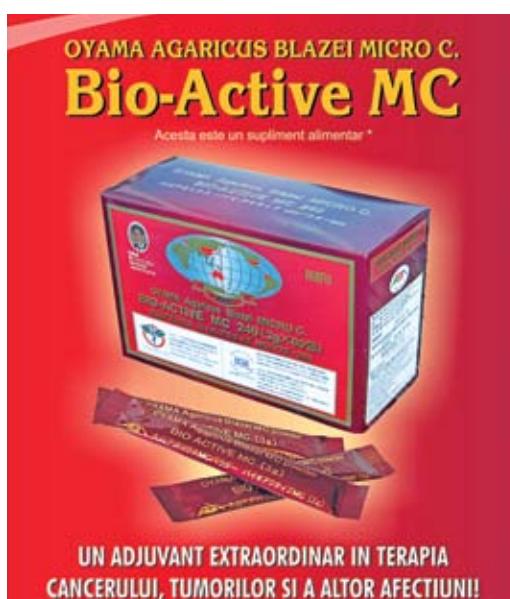
Daniela Cismaru Inescu

SC Euro Japan Trading

Mobil: 0723.93.30.17

E-mail: office@ejtrading.eu

Web: www.ejtrading.eu



Ce știm despre



Dr. Georgiana Tache
 Med.pr.fizioterapie, recuperare medicală, Dr.șt. medicale
 Medic coordonator
 Centrul de Recuperare Medicală „Medical Care“
 0723.626.289

Hallux valgus (montul) face parte din tulburările de statică ale antepiciorului. Monturile reprezintă proeminența capului metatarsian (osul de la baza degetului mare), prin deplasarea sa medial către interiorul piciorului. Nu este vorba despre un os sau cartilaj nou-apărut și nici despre o redimensionare a osului sau a articulației metatarsofalangiene.

Când și de ce ne apar monturi?

Cauzele nu sunt bine cunoscute, dar există însă factori favorizați și factori de risc. Dintre factorii favorizați se pot enumera anumite morfotipuri sau tipuri constituționale ale piciorului care favorizează tulburările de statică. De asemenea, preponderența feminină a acestei deformării se poate explica prin laxitatea ligamentară tipică, condiționată hormonal și exacerbată la pubertate, precum și de sarcină și menopauză, când ligamentele antepiciorului se relaxează și cedează, favorizând deplasarea și proeminența primului metatarsian. Bolile inflamatoare, precum poliartrita reumatoidă, destabilizează întregul picior și produc, printre altele, un hallux valgus rapid evolutiv, ne avertizează specialiștii. De asemenea, traumatismele antepiciorului, care au fragilizat structurile osteoligamentare și au modificat raporturile dintre



ele, pot conduce la instalarea montului. Printre factorii de risc se identifică încălțăminte incompatibilă, strâmtă și cu tocuri, care nu generează hallux valgus dar îl agravează pe cel preexistent, iar istoricul familial joacă un rol important, deoarece fiica moștenește piciorul mamei în peste 50% dintre cazuri. Acestor factori li se adaugă configurația plată a piciorului, care poate favoriza într-o oarecare măsură apariția deformației, prin alungirea mecanică relativă a razei I. Nu uită să obezitatea sau scăderea ponderală rapidă, care, prin propriile mecanisme de acțiune, poate favoriza apariția deformației, afirmă specialiștii.

Cum se formează un mont?

Modalitatea de producere recunoaște câteva etape evolutive. Articulația metatarsofalangiană se află într-un echilibru complex, dar instabil, având ca verigă slabă ligamentul metatarsofalangian medial. Acesta cedează treptat la acțiunea unor stimuli. Stimulul inițial este dificil de diferențiat, având în vedere că există două tipuri majore de hallux valgus - cel congenital, care apare la vîrstă adolescenței, și cel dobândit, care apare la vîrstă maturității, în jurul instalării menopauzei. Specialiștii descriu producerea unei mișcări locale complexe, în care metatarsianul I se deplasează medial, se rotește și se ridică, iar capul proeminează sub piele și constituie deformația tipică. Halucele - degetul mare - se inclină în afară, spre celelalte degete, pe care le obligă să se încalece, și se rotește în jurul propriului ax, orientându-și ungua către interiorul piciorului. În situația dată, tendoanele mușchilor extrinseci se constituie într-o coardă care se opune revenirii halucelui

monturi?

la normal, iar ligamentele și mușchii intrinseci se retragează, iar deformația devine ireductibilă. Modificările descrise produc insuficiență funcțională de sprijin a razei I cu apariția progresivă de metatarsalgii cu hiperkeratoza plantară (bătături), grife digitale (degete în ciocan), iar deformația numită montul croitorului se constituie drept tablou final al deformației complexe.

Diagnosticare și tratament

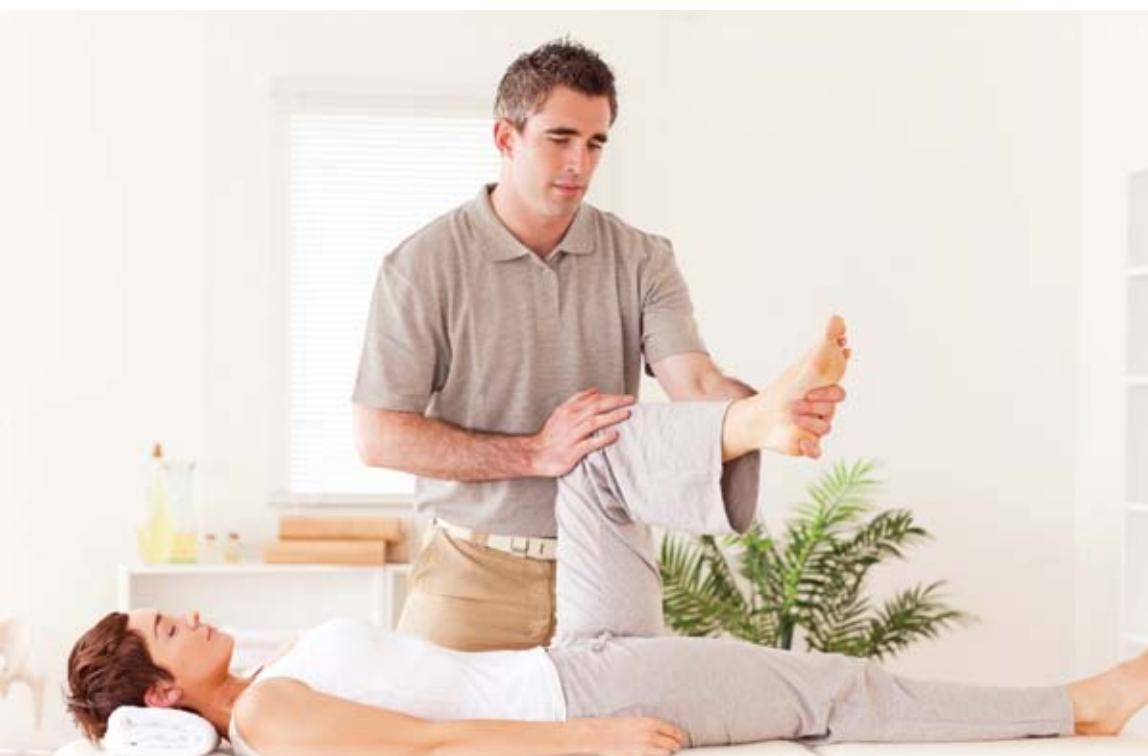
Pentru eliminarea altor diagnostice, se recomandă examenul radiologic, iar analizele biologice ale săngelui pot diagnostica artropatia gutoasă, poliartrita reumatoidă sau infecții locale. Evoluția diferă în funcție de cele două tipuri de hallux valgus: cel juvenil sau congenital, apare la vîrstă adolescentei, evoluează mai lent și devine duros spre vîrstă de 40 de ani, iar cel static apare în jurul vîrstei menopauzei, cu evoluție accelerată către o deformație complexă a întregului picior. Evoluția poate fi poate fi oprită prin aplicarea tratamentului chirurgical curativ sau poate fi încetinită prin respectarea măsurilor terapeutice locale, încălțăminte

adecvată, exerciții și terapie fizicală în scop antialgic și antiinflamator. Asupra acestor aspecte terapeutice vom reveni cu elemente utile.

Încălțăminte
adecvată poate
încetini dezvoltarea
monturilor



Kinetoterapie în sindromul Ehlers-Danlos



Sindromul Ehlers-Danlos (SED) reprezintă un grup de anomalii ereditare ale ţesutului conjunctiv, în special ale ţesutului de colagen, caracterizat prin hiperextensibilitate cutanată, fragilitate a ţesutului și hipermobilitate articulară. Colagenul este o proteină omniprezentă, având rolul de susținere a ţesuturilor și organelor.

Au fost identificate 19 tipuri de colagen, dintre care 1, 3, 5 sunt prezente în piele, asigurând soliditatea și rezistența acesteia la întindere și la traumatisme. Absența sau alterarea colagenului determină hiperextensibilitate și fragilitate la nivelul pielii.

În funcție de importanța atingerii ţesutului conjunctiv, Sindromului Ehlers-Danlos se clasifică în 7 tipuri :

Tipul clasic (tipul 1 și 2) se caracterizează prin:

- hiperextensibilitate marcată (pielea se desprinde ușor la tracționarea acesteia) cu păstrarea elasticității (pielea revine la poziția inițială, fără pliuri, după oprirea tracțiunii);
- aspect neted al pielii, fără asperități la pipăit;
- fragilitate mare, cu apariția cicatricilor și a plăgilor după traumatisme;
- dificultăți mari și de lungă durată ale cicatrizarii rănilor, mai ales atunci când sunt prezente la nivelul genunchilor, coatelor, tibiei, mentonului și frunții ;
- formare de pseudotumori musculare, noduli cutanăți, rotunjiți, bine delimitați la nivelul suprafețelor de sprijin;
- formarea de noduli, mici, duri, mobili, la nivelul ţesutului cutanat, corespunzători carcinoamelor de la nivelul membrelor;

- apariția cu usurință a hematoamelor și echimozelor, din cauza fragilității vasculare.

Tipul hipermobil (tipul 3) se caracterizează printr-o atingere cutanată limitată cu hiperextensibilitate moderată și lipsa cicatricilor patologice; poate fi asociat cu aspectul neted al pielii.

Tipul vascular (tipul 4)

Pielea este transparentă, fină, cu o rețea vasculară cutanată vizibilă, fără hiperextensibilitate cutanată. Uneori, diminuarea țesutului subcutanat oferă pacientului un aspect particular (îmbătrânit, ușor cianozat) la nivelul feței și al extremităților. Fragilitatea vasculară este majoră, cu apariția echimozelor și a hematoamelor, necesitând adesea intervenții chirurgicale.

Tipul cifoscoliotic (tipul 6)

Se caracterizează printr-o hiperextensibilitate și fragilitate moderată și prin apariția cicatricilor atrofice.

Tipul artro-clasic (tipul 7)

Manifestările cutanate sunt moderate, hiperextensibilitate, fragilitate, uneori cicatrici atrofice atingerea cutanată este redusa, constituind un criteriu minor al diagnosticului, semnul clinic major fiind o hipermobilitate articulară generalizată.

Dermatosparaxis (tipul 7c)

Este caracterizat printr-o atingere cutanată majoră cu fragilitate severă, care stă la origine (pielea are aspect particular căzut, cu pliuri mari, mai ales la nivelul feței), iar la pipăit este veluroasă și păstoasă. Echimozele și hematoamele apar ușor la lovitură, iar cicatrizarea se realizează fără atrofie. Nu există hiperextensibilitate cutanată, în afara zonelor unde pielea este laxă.

În vechiul tip 5 și 8 atingerea cutanată este asemănătoare cu tipul clasic. Particularitățile lor sunt legate de transmiterea legată de 1x pentru tipul 5 și o boală cu o perioadă ciclică periodontal, pentru tipul 8. Apartenența acestor tipuri la Sindromul Ehlers-Danlos este discutabilă. Diagnosticul de atingere cutanată este esențial din punctul de vedere al manifestării clinice și ușor de stabilit atunci când există cicatrici patologice, pseudotumori musculare sau o fragilitate

importantă a țesutului cutanat, cu desprinderea acestuia.

Aprecierea clinică a unui tegument fin sau hiperextensibil este destul de subiectivă, deoarece acești parametri sunt legați de proprietățile mecanice ale pielii și sunt dificil de cuantificat clinic.

În practică, hiperextensibilitatea tegumentului este apreciată prin tracțiunea acestuia la nivelul feței anterioare a antebrățului și măsurarea înălțimii pliului obținut. Aceasta metodă are însă limite, mai ales la copii, datorită laxității crescute a tegumentului, care permite o întindere mai mare, chiar în absența unei patologii. De asemenea, limitele metodei pot fi întâlnite și la vârstnici, care prezintă un tegument atrofic, fin și ușor de tracționat.

În zilele noastre există tehnici neinvasive, dar puțin cunoscute, de măsurare precisă a proprietăților biomecanice ale pielii. Printre acestea se numără:

1. Cutometria (metoda vacuum), care măsoară extensibilitatea cutanată cu ajutorul cutometrului.
2. Echografie cutanată permite măsurarea grosimii cutanate; în cazul SED, grosimea cutanată variază de la un tip la altul și este inferioară grosimii normale a tegumentului.

Biopsia cutanată reprezintă o tehnică invazivă de prelevare a tegumentului, pentru analizarea țesutului conjunctiv al dermului, din punctul de vedere al structurii și grosimii fibrelor de colagen.

În ciuda acestor metode enumerate anterior, diagnosticul esențial al SED are la bază elementele clinice și cere experiența medicilor cu diferite specialități.

*Prof. CFM princip. dr. Elena Căciulan
și kinetoterapeut dr. Daniela Stanca
www.kinetodema.ro*

În numărul următor vom vorbi despre managementul terapeutic, obiectivele reeducației funcționale, Kinetoterapia și hidrokinetoterapie în sindromul Ehlers-Danlos

Dezvoltare armonioasă prin mișcare



*Conf. Dr. Liliana Pădure
Centrul Medical Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie pentru Copii „Dr. Nicolae Robănescu“*

Mă adresez dumneavoastră pentru că, având experiența a 30 ani în observarea nemijlocită a copiilor aduși la consultații, doresc să îndrum părinții, anturajul micuților (educați, medici de familie) să nu ignore nicio tulburare de motricitate, de tonus muscular, de poziționare osoasă, asimetrii ale gâtului, capului, trunchiului, pliurilor cutanate, oricără de neînsemnate ar fi, aceasta nu pentru a panica părinții, ci pentru a preveni instalarea unor tulburări dificil de corectat, posturi vicioase care impiedează armonioasa dezvoltare a copilului.

Trebuie să ne educăm în sensul de a semnală echilibrat anomalii mici, care sunt mai ușor de corectat, decât să ajungem la instalarea deformărilor costisitor de tratat, greu de suportat (intervenții chirurgicale pentru torticolis, displazii luxante etc. - sigur, acestea sunt necesare și spectaculoase într-un tratament coerent, la caz, dar nu trebuie să uitam riscul anestezico-operator, care nu trebuie minimizat).

O înclinare a capului nou-născutului sau sugarului depistată precoce, investigată adekvat (dacă e doar un torticolis congenital muscular), este corectată nedureros de echipa recuperatorie: medic, kinetoterapeut, ortezist; mama, bine instruită, este garanția reușitei, ea fiind cea care învață să-i poziționeze capul, să execute mișcările corect și să respecte sfaturile noastre.

Părinții trebuie să semnaleze întârzierea, asimetria în posibilitățile de mișcare ale sugarului; motivații precum "e puturos" sau "e grăsuț", "are lipsă de calciu", pentru care nu se rostogolește,



Joaca în aer liber este cea mai bună formă de mișcare la copil

trebuie clarificate de medic, care apreciază potențialul motric al sugarului, îi oferă stimулii kinetici și atrage atenția că sugarul nu e o păpușă ce "decorează" pătuțul. El trebuie obișnuit pe covorul curat, să se deplaseze liber în spațiu spre mamă, cu care comunică, și nu mutat dintr-un loc călduț în altul.

Neglijarea piciorului plat, a genunchiului în X sau O, pe care le banalizăm, înseamnă a neglijă lanțul cinematic dintre gleznă, genunchi, șold și coloană, a uita că tonusul muscular modelează osul la un copil aflat în plină creștere și dezvoltare.

Mai subliniez și că ghetuța este pentru copil un reper, mersul însemnând începutul stabilității și autonomiei - acest reper este ajustat profesionist în funcție de aspectul piciorului fiecărui copil și de "călcătura" acestuia.

Sunt de acord că nu trebuie să stigmatizăm copilul cu diagnostice și să nu speriem mama, dar o îndrumăm să-și educe copilul către iubirea de mișcare (o mișcare dirijată de specialiști), ca să meargă și să se posteze corect în sezând, în ortostatism. Tulburările de statică vertebrală delicate la timp se corectează și previn dezastrele târzii ale coloanei.

Recuperarea în umărul dureros

Dr. Tugui Raluca Dana
medic specialist recuperare,
medicina fizica si balneologie
www.biotorramed.ro

Umărul dureros sau periartrita scapulohumerală este cea mai frecventă suferință întâlnită la nivelul umărului, în cele mai multe cazuri fiind expresia comună a diferitelor patologii care interesează articulația sau membrul superior în totalitate.

Dintre afecțiunile umărului, periartrita scapulohumerală este cea mai frecventă afecțiune întâlnită în cadrul serviciului de recuperare. Aceasta și pentru că, de fapt, starea disfuncțională a umărului post-traumatic, după imobilizare, reumatic, degenerativ sau inflamator se prezintă clinic, în cea mai mare parte, tot ca o periartrită în diferite stadii. Acesta este rezultatul faptului că periartrita scapulohumerală nu este o boală, ci un sindrom dureros însotit de limitarea mișcărilor, din cauza afectării structurilor periarticulare (ligamente, capsulă, tendoane, burse, mușchi).

În evoluția sa, periartrita scapulohumerală se dovedește a fi o afecțiune redutabilă, putând determina un important grad de invaliditate pentru membrul superior. Din cauza afectării aparatului capsulo-tendo-musculo-ligamentar, purtătorul acestei patologii este beneficiarul cert al programelor de recuperare.

Metodologia de recuperare a periartritei scapulohumerale trebuie adaptată la particularitățile

și patologia adăugată a bolnavului, dar, din punctul de vedere al mijloacelor de realizare, ne referim la terapie fizicală (curenți electrici, nămol, parafină, masaj) și la terapie kinetică (exerciții medicale realizate în sală sau în bazin, sub coordonarea unui kinetoterapeut). Terapia fizicală are efecte analgetice, de îmbunătățire a circulației sanguine și limfatice, de ameliorare a supleții tegumentelor și a țesutului subcutanat, pregătind astfel teritoriul muscular pentru efort, adică terapia kinetică. Aceasta urmărește refacerea completă sau funcțională a mobilității umărului, pe toate axele de mișcare, precum și refacerea tonusului și forței musculare a mușchilor care interesează umărul. Obiectivele programului complex de recuperare sunt refacerea mobilității pe toate axele de mișcare, mai ales pe cele utile gesticii uzuale, cu integrarea umărului în lanțul kinetic al membrului superior, precum și ameliorarea durerii. Durerea, sub toate aspectele ei, spontană la palpare și la mișcare, se ameliorează net datorită electroterapiei și masajului, permitând desfășurarea programului kinetic, dar având o bună cooperare din partea pacientului.

Susținut corespunzător prin mijloace fizicale, programul kinetic este capabil să amelioreze semnificativ mobilitatea și funcționalitatea globală a umărului. Totuși, nivelul real de eficiență depinde de momentul instituirii programului și de restantul funcțional al pacientului.

Rolul primordial al tratamentului complex de recuperare fizical-kinetic este evident, atât în fazele subacute cât și în cele cronice ale patologiei complexe reprezentate de periartrita scapulohumerala.



Vitamina D - activatorul sistemului imunitar

Pentru majoritatea oamenilor sănătatea este cea mai importantă preocupare. O sănătate durabilă presupune arta de a învăța să ai grija de propria persoană/familie aşa încât să eviți problemele medicale, iar remedii naturale, tradiționale, au constituit din totdeauna un ajutor consistent în prevenție, dar și în lupta cu boala, pe lângă dietă și diverse terapii.

Tot mai mulți medici, bolnavi și persoane nedagnosticate optează pentru o reorientare către remedii și diete naturale, gimnastică și conduite naturiste, fără efectele adverse ale unor medicamente.

Un stil de viață simplu, natural, verificat în timp și devenit tradiție, e un deziderat pentru oamenii informați și preocupați de a-și îmbunătăți stilul de viață și a învinge efectele sedentarismului, ale alimentației moderne, ale stresului și poluării.

Pe vremea copilăriei părinților și a bunicilor, untura de pește constituia aproape una singură sursă de vitamina D și A pentru a preveni răhîismul, dar și pentru a asigura o dezvoltare viguroasă a întregului organism.

Mămicile responsabile și cu posibilități - nu era la îndemâna oricui, ci doar pentru cei informați și cu disponibilitate! - administrau copiilor cu sfîrșenie, zilnic "untura de pește", pentru a scăpa de spectrul unei boli îngrozitoare - răhîismul.

Deseori, oameni cu o vîrstă venerabilă, care s-au bucurat de o sănătate stabilă de-a lungul întregii vieți, își amintesc că au consumat ulei de pește în copilărie.

Peste 20% dintre copiii mici din țara noastră sunt diagnosticati cu răhîism, afecțiune cauzată de căreța vitaminei D în organism.

Pe de altă parte, numărul celor afectați de osteoporoză este în creștere, în Europa osteoporoza cauzând circa 1,1 milioane de fracturi/an, cu costuri sociale considerabile.

În urma a numeroase studii, medicii și practicienii subliniază importanța consumului suplimentar de vitamina D.

Un nou studiu publicat în ediția din martie 2010 a Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, a arătat că un procentaj șocant, de 59%, din populație suferă de deficiență de vitamina D

și aproape 25% din persoanele testate prezintă un nivel extrem de scăzut de vitamina D în organism.

Autorul principal al studiului, Dr. Richard Kremer de la Centrul de Sănătate al Universității McGill, Canada, spune că „Nivelurile anormale de vitamina D sunt asociate cu o întreagă gamă de boli, inclusiv cancerul, osteoporoza și diabetul, precum și tulburările cardiovasculare și cele legate de sistemul imunitar.



Acest nou studiu confirmă existența unei legături clare între deficiență de vitamina D și grăsimile stocate în organism, lucru care susține teoria prezentată cu mulți ani în urmă în NaturalNews, despre faptul că razele soarelui facilitează pierderea grăsimii din organism. Vitamina D ar putea fi mecanismul hormonal prin care acest fenomen al pierderii grăsimii operează în corpul uman. Însă, rezultatele cercetărilor legate de vitamina D nu se opresc aici...

Oamenii de știință știau de foarte mult timp că vitamina D este importantă pentru absorția calciului și că această vitamina este implicată în mecanismul unor boli precum cancerul și scleroza multiplă. Dar ceea ce nu au realizat este faptul că vitamina D este crucială pentru activarea sistemului imunitar - lucru care ne este clar acum."

Cercetările recente desfășurate la Universitatea din Copenhaga au dezvăluit că vitamina D activează sistemul imunitar prin „armarea” celulelor T, astfel încât acestea să combată infecțiile. Această nouă cercetare, condusă de profesorul Carsten Geisler de la Departamentul Sănătății, Imunologiei și Microbiologiei Internaționale de la Universitatea din Copenhaga, a arătat că, fără vitamina D, celulele T ale sistemului imunitar rămân inactive, neoferind deloc protecție, sau doar într-o mică măsură, împotriva invaziei microorganismelor și virusurilor. Dar, prezența vitaminei D în circuitul sanguin face ca celulele să fie „armate” și să detecteze invadatorii, distrugându-i și eliminându-i din organism. Cu alte cuvinte, vitamina D acționează precum cheia de contact a mașinii dumneavoastră: mașina nu va porni decât după ce ați introdus cheia în contact și ați pornit motorul. În același fel, sistemul dvs. imunitar nu va funcționa decât dacă este activat, din punct de vedere biochimic de vitamina D. Dacă începeți sezonul rece cu o deficiență de vitamina D, sistemul dumneavoastră imunitar este practic lipsit de apărare împotriva gripei. De aceea, persoanele care se îmbolnăvesc ușor sunt cele care petrec mult timp în casă și își desfășoară activitatea la interior, fiind astfel expuși la o deficiență cronică de vitamina D.

De fapt, s-a observat că persoanele care au decedat din cauza H1N1 sufereau de deficiență de vitamina D. Practic, ele nu mai beneficiau de protecția oferită de sistemul imunitar, fiind astfel ținte ușoare pentru viruși. Aceste descoperiri legate de „armarea” sistemului imunitar de către vitamina D au fost publicate în revista de specialitate Nature Immunology.



Peștele este alimentul cu cel mai mare aport de vitamina D

Rapid · Eficient · Vizibil... în infecțiile urinare

- Infecția urinară este una din condițiile patologice frecvente, întâlnită cu incidență mai mare la femei, datorită particularităților anatomici, în special vecinătatea între orificiul urinar și anus.
- 50% dintre femei suferă cel puțin o dată în viață de o formă de infecție urinară, agentul patogen cel mai frecvent implicat fiind bacteria *Escherichia coli*, responsabilă de producerea a 85% din infecții.

Pentru prevenirea și tratarea infecțiilor urinare, Fiterman Pharma a creat gama Uractiv: capsule și plicuri.

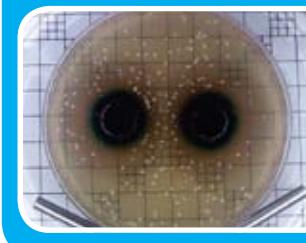
- **Uractiv capsule** conține extract de struguri ursului (*Arctostaphylos uva ursi*) standardizat în arbutină 20% și albastru de metilen (*Methylthioninium Chloride*).
- **Uractiv Drink** conține extract de struguri ursului (*Arctostaphylos uva ursi*) standardizat în arbutină 20%, extract uscat din rizomi de pir (*Agropyron repens*), ulei esențial de anason stelat purificat (*Illicium verum*), și ulei esențial de mentă (*Mentha piperita*).
- **Uractiv** este indicat în tratamentul afecțiunilor inflamatorii moderate și usoare ale tractului urinar inferior: **cistite, uretrite, în prevenirea infecțiilor urinare recidivante, în prevenirea extinderii infecției la nivelul tractului urinar superior precum și a complicațiilor, în tratamentul microlitiazei renale.**

Uractiv acționează ca un bactericid, antiinflamator și diuretic. Prin cumulul acțiunilor principiilor active se realizează diminuarea rapidă a simptomatologiei.

Rezultatele testelor de laborator au arătat că URACTIV are acțiune bactericidă împotriva *Escherichia coli*, dar și asupra levurii *Candida albicans*.



Inhibarea de către URACTIV a *Escherichia coli* (inocul de $0,75 \times 10^7$ UFC/ml) în mediul solid.



Inhibarea de către URACTIV a levurii *Candida albicans* (inocul de $0,26 \times 10^7$ UFC/ml) în mediul solid.

Cum acționează URACTIV

- Calmează durerile și iritațiile de la urinare
- Distruge și elimină bacteriile responsabile de infecția urinară
- Elimină microcalculii și previne formarea litiazei urinare
- Limpezește urina și reduce miosul neplăcut datorat infecțiilor
- Previne recidivele și complicațiile
- Colorează urina în albastru datorită albastrului de metilen
- Reduce retenția de apă.



www.fitermanpharma.ro



Nucleoplastia, tratează hernia de disc



Dr. Med. Gheorghe Crăciun,
Clinica Ortomed Alex Bucur;
www.clinicaortomedab.ro,

Durerile de spate, însotite sau nu de tulburari motorii sau de sensibilitate ale membrelor, constituie una dintre cele mai frecvente îmbolnăviri ale omului, care provoacă suferințe grave, ducând la incapacitate de muncă de lungă durată, cu implicații economice și sociale importante. Cele mai frecvente cauze ale suferințelor coloanei vertebrale sunt afecțiunile ei degenerative, în general, și cele ale discurilor intervertebrale, în special.

Ce este o hernie de disc?

Coloana vertebrală este compusă dintr-o serie de oase care se numesc vertebre, legate între ele printr-un disc intervertebral, format dintr-un inel exterior fibros și rezistent și un țesut gelatinos elastic, numit nucleul pulpos. Un disc sănătos este ca un amortizor, care conferă coloanei vertebrale o protecție la șocurile produse de mișcări ample, cum ar fi fuga, săritul sau ridicarea unor greutăți.

Dacă inelul exterior este lezat (rănit) prin traumatisme sau slăbit prin îmbătrânire, ca urmare a unor boli degenerative, poate da posibilitatea nucleului gelatinos, care se află sub presiune, să proemine (hernii contente) sau să iasă din disc (hernii prolabate), ceea ce duce uneori la compresiunea nervilor sau a măduvei spinării, producând dureri, amorteală sau slăbiciune în membre. În unele cazuri, simptomele pot fi

ameliorate prin tratamente conservative cum ar fi medicamente, infiltrării, repaus la pat și fizioterapie. Din păcate acestea nu ajută întotdeauna. În trecut, oamenii care nu raspundeau la terapiile conservative erau nevoiți să trăiască cu simptomele bolii sau să apeleze la chirurgia majoră (operații deschise) care implică săptămâni sau luni de recuperare. Acum chirurgia minimal invazivă aduce variante noi de tratament.

Tratamentul herniilor de disc contente (închise) Nucleoplastia este o opțiune pentru pacienții la care tratamentul conservativ nu aduce o ameliorare a durerilor și la care prin examinări de Rezonanță Magnetică (RMN) s-a pus în evidență o hernie de disc contentă (închisă). Această metodă chirurgicală minimal invazivă se efectuează ambulator, permitând pacientului să părăsească clinica în ziua operației, uneori sub protecția unui bandaj cervical sau lombar special, care asigură o stabilizare a coloanei vertebrale pentru o perioadă de timp (4-6 săptămâni), necesară consolidării discului operat.

Procedeul poate fi efectuat de medici specialiști – ortopezi sau neurochirurgi care au experiență în chirurgia coloanei vertebrale, experiență





necesară pentru plasarea precisă a canulei (acului) în discul intervertebral. Această manoperă se face sub control strict radiologic. Prin această canulă se introduce o sondă specială care prin plastificarea nucleului pulpos (cobiajune și coagulare) reduce presiunea din discul intervertebral, eliberând nervii de sub apăsare și reducând sau înlăturând durerile.

Au existat și alte metode chirurgicale minimal invazive pentru tratamentul herniilor de disc contente, care se mai aplică și astăzi, și anume, prin folosirea unui produs medicinal (chemopapaina) se obține dizolvarea nucleului pulpos al discului, sau cu ajutorul unei sonde se extrage o parte din acest nucleu, reducând presiunea din interiorul acestuia. Deși în general eficiente, aceste metode au dezavantajul de a lăsa un gol în discul intervertebral, ceea ce duce la micșorarea

înălțimii acestuia și supraîncărcarea articulațiilor intervertebrale, putând genera îmbolnăvirea acestora.

Acordarea numelui de Nucleoplastie acestor metode este, după părerea noastră, greșită, deoarece decomprimarea discului intervertebral nu se produce prin plastie, ci doar prin extragerea parțială sau dizolvarea acestuia. Adevarata Nucleoplastie se efectuează cu ajutorul unei sonde speciale, de unică folosință, produsă și patentată de Firma ArthroCare din Statele Unite, care dezintegrează țesutul nucleului pulpos la nivel molecular prin radiofrecvență, în prima fază (cobiajune), redându-i consistența prin coagulare, în a doua fază. Aceasta permite, în același timp, reducerea presiunii și păstrarea consistenței nucleului pulpos.

Nucleoplastia este o opțiune pentru pacienții la care, prin examinări de rezonanță magnetică (RMN), s-a pus în evidență o hernie de disc contentă (închisă), iar tratamentul conservativ nu a adus o ameliorare a durerilor.

Aceasta metodă chirurgicală minimal invazivă se efectuează ambulator, permitând pacientului să părăsească clinica în ziua operației, uneori sub protecția unui bandaj cervical sau lombar special, care asigură o stabilizare a coloanei vertebrale pentru o perioadă de timp (4-6 săptămâni) necesară consolidării discului operat.

Ce se așteaptă de la nucleoplastie?

Inainte de operație

Evaluarea de către medicul specialist a datelor examenului clinic amănunțit, a examinărilor radiologice și de rezonanță magnetică (RMN), ca și lipsa de răspuns la tratamentele conservative, permit luarea deciziei pentru efectuarea nucleoplastiei.

În timpul operației

În timpul nucleoplastiei pacientul stă întins pe burtă sau pe o parte, pe toată durata operației, care se efectuează în anestezie locală, cu o ușoară sedare prealabilă. Este nevoie de o comunicare permanentă între medic și pacient, care va relata tot ceea ce simte, pentru a se evita leziuni ale rădăcinilor nervoase, pe lângă care trece canula

(acul) care se introduce în discul intervertebral. Anestezia locală s-a dovedit suficientă, bolnavii relativând doar dureri ușoare de spate. În timpul procedeului, care durează aproximativ 15 minute, nu mai sunt de așteptat dureri. La terminarea operației, sonda și acul sunt extrase, local punându-se un pansament steril ușor.

După operație

Pacientul va rămâne 2-4 ore sub observație, după care poate părăsi clinica. În anumite cazuri este nevoie de o observație post-operatorie de 24 de ore și aplicarea unui bandaj cervical sau lombar special. Pacientului îi se cere să păstreze un repaus relativ la pat pentru 3-5 zile și să evite șezutul mai îndelungat pe scaun pentru 10 zile. În mod obișnuit, simptomele herniei de disc cedează imediat sau progresiv în 2-3 săptămâni de la operație, după care, unii pacienți se pot întoarce la munci ușoare. Pentru eforturi fizice mai grele repausul postoperator trebuie să fie mai lung.

Complicațiile sunt rare, ele vor trebui însă abordate în discuția cu medicul operator.

Cine este candidat pentru nucleoplastie? Cel mai bun candidat pentru această metodă de tratament este pacientul care suferă de o hernie de disc contentă (închisă) și care nu a răspuns la terapia conservativă. Semnul tipic al unei hernii de disc contente este durerea de spate care iradiază într-un braț sau un picior. Nucleoplastia nu ajută în herniile de disc deschise sau în hernii de disc însotite de fracturi unde chirurgia deschisă clasică este absolut necesară. Nucleoplastia nu înlocuiește chirurgia clasică, ci o completează, oferind soluții în cazurile refractare la terapia conservativă și care nu cer neapărat o intervenție deschisă.

Nucleoplastia a fost folosită până acum în lume de peste 5 milioane de ori și a dat, la cazurile care au avut o indicație operatorie corectă, rezultate bune și foarte bune în 85% din cazuri.



Corectarea Cicatricilor

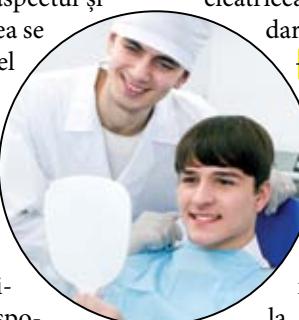
Dr. Cristina Brezeanu
M. pr. Chirurgie plastică
As. Univ. UMF Carol Davila, Dr. șt. med
www.aesteticsurgery.ro

Cicatrizarea reprezintă procesul fiziologic de vindecare a unei plăgi de la nivelul pielii, indiferent de cauza producerii plăgii (traumatisme, arsuri, intervenții chirurgicale etc.).

Aspectul unei cicatrici poate fi diferit, în funcție de suprafața și profunzimea plăgii, localizarea ei, dar și de modalitatea în care a fost tratată în urgență. Toate acestea pot influența aspectul și calitatea viitoarei cicatrici. La acestea se adaugă predispoziția genetică. Altfel spus, fiecare organism este „setat” să producă un anumit tip de cicatrici. Există persoane predispuse să formeze cicatrici inestetice (late, hipertrofice, pigmentate, cheloide). Dacă nu putem elimina predispoziția genetică spre o cicatrizare vicioasă, în schimb avem la dispoziție un întreg arsenal de metode terapeutice prin care putem să prevenim formarea unei cicatrici foarte urâte sau să o tratăm.

Prevenirea formării unei cicatrici urâte

Procesul de cicatrizare durează aproximativ un an, pe parcursul căruia aceasta își schimbă aspectul spre mai bine sau spre mai râu. În această perioadă se pot aplica diverse tratamente nechirurgicale ce pot influența pozitiv aspectul viitoarei cicatrici. Printre acestea se enumeră: creme și unguente, silicoane sau microinjecțiile cu preparate pe bază de cortizon, la care se adaugă presoterapia, precum și cremele fotoprotectoare.



Tratamentul chirurgical

După închiderea procesului de cicatrizare, există doar soluții chirurgicale, adaptate la particularitățile cicatricii: aspect, localizare, profunzime, vechime, culoare etc.

- **excizia și sutura:** este posibilă atunci când nu generează un defect de tegument: cicatrici de dimensiuni mici sau localizate în zone cu laxitate tegumentară.

- **expanderul tisular:** acesta este un balonăș de silicon care se „umflă” în etape, cu ser fiziologic, creându-se astfel un surplus de tegument în vecinătatea cicatricii. Acest surplus de tegument poate fi folosit ulterior pentru a acoperi defectul rezultat după îndepărțarea chirurgicală a zonei cicatriceale. Rezultatul postoperator optim, dar cu tratament de durată.

- **grefa de piele** - este indicată pentru cicatrici cu suprafață întinsă, în special în cazul celor retractile, localizate pe zone de mare mobilitate (precum regiunea cervicală, mâini sau zone articulare);

- **dermabrazia** - se poate realiza pe regiuni mici sau mai mari, de obicei la nivelul feței. Chirurgul plastician „șlefuiște” pielea și îndepărtează iregularitățile și proeminențele.

Concluzie

Cicatricile pot reprezenta un stigmat pe viață, creând un prejudiciu estetic important, sursă de importante complexe psihice. Uneori, alături de prejudiciul estetic, pot crea și un prejudiciu funcțional important (cicatricile dispuse în zone cu importanță funcțională deosebită, precum comisura bucală, pleoapele, mâinile, regiunea cervicală sau regiunile articulare).



Eveniment organizat sub egida Academiei Române

Congresul Național Bolile Cronice Netransmisibile

Prevenție - Tratament - Monitorizare

Primul congres din România pe tema celei mai dezbatute probleme mondiale de sănătate a secolului XXI!

24 - 25 februarie 2012, București

Cele mai noi metode de diagnostic, tratament, prevenție și monitorizare ale celor mai frecvente boli cronice netransmisibile:

bolile cardiovasculare și cerebrovasculare



diabetul și obezitatea

Evenimentul va fi creditat cu puncte EMC



bolile cronice pulmonare

cancerul

www.bolicronice-netransmisibile.ro

Copreședinti congres:

prof.univ.dr. Nicolae Hâncu, Membru de onoare al Academiei Române
Acad. Maya Simionescu, Vicepreședinte Academia Română (1998 - 2008)

Vicepreședinti congres:

Prof.univ.dr. Dan Gață, Președinte Fundația Română a Inimii
Prof.univ.dr. Maria Moța, Președinte Ales Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice
Conf.univ.dr. Ioan Andrei Veresiu, Președinte Federatia Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice
Conf.univ.dr. Gabriela Roman, Președinte Asociația Română de Studiu al Obezității
Prof.univ.dr. Florin Mihălțan, Președinte Societatea Română de Pneumologie
Conf.univ.dr. Alexandru Irimie, Manager Institutul Oncologic „Chiricuță”

Parteneri științifici:



Management conferință:
Sănătatea PRESS GROUP





Asociația Medicilor de Familie București-Ilfov (AMFB)

și

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)



Conferința Națională de Medicina Familiei

cu participare internațională

28 – 31 Martie 2012
Ediția a VIII-a



**Palatul Național al Copiilor
București**

www.amf-b.ro