Anul VIII ■ Nr. 152 / 20 Aprilie 2012 www.saptamanamedicala.ro

152
FIN WATCH

săptămâna MEDICALĂ

Depresia la femei – cauze, simptome și tratament pag. 22

DIN SUMAR

Ce este un filler facial? 8
Herpesul ocular 12
Sughițul 20
Piciorul plat sau platfusul 24

Administrarea corectă de vitamine 4

Mituri în tratamentul cu antibiotice 6

Ptoza mamară 10

Produs japonez de excepție

Oyama Agaricus Bio-Active MC, aceasta este denumirea suplimentului din Ciuperca lui Dumnezeu, care le-a redat speran ța bolnavilor de cancer, de diabet, celor care au probleme cu tensiunea arterial/, 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 con ține 100% extract din ciuperca
- Agaricus Blazei Murill, denumită "Ciuperca lui Dumnezeu", cunoscută pentru acțiunea antitumorală puternică.
- Deoarece ciuperca este cultivată în mediu natural, nu in serã, fãrã îngrășăminte chimice.
- Deoarece BIO ACTIVE MC i ți oferă garan ția calitã ții japoneze, prin mărcile primite de la asocia ții de Medicinã Alternativã și Complementarã din Japonia.
- Deoarece îl achiziționezi din farmacie sau plafar, 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 înghițit și ușor de asimilat!

Studiu de caz

Un caz reprezentativ este cel al doamnei P.N., în vârsta 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 pliculețe/zi, în paralel cu un regim alimentar recomandat de medic. După 12 zile a observat că poate mânca 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 vizibil 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.

Remisii de 3-5 cm s-au observat și la tumorile la stomac și rinichi, stadiile III și IV, chiar și la pacienții cu vârste de peste 60 de ani care au consumat 3-4 pliculețe/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

Spitalele arată bine

„La ora actuală, avem o acoperire de 60% din posturi în sistemul sanitar public" a afirmat ministrul Sănătății, Ladislau Ritli, pentru a explica jurnaliștilor penuria vizibilă de personal medical la inaugurarea spitalului orășenesc Ineu, din județul Arad. Spitalul a fost construit în decurs de 15 ani (!!!) și deși a intrat în funcțiune în primăvara trecută, inaugurarea oficială s-a făcut abia acum, în an electoral, în prezența a cca. 200 de politicieni și notabilități locale. Ministrul Ritli a mai spus că speră să se poată face noi angajări mai târziu, dar este doar o vorbă în vânt. Spitalul din Ineu, care ar trebui să deservească vreo 60-70.000 de persoane din zonă, are chiar șanse minime de a se „popula" foarte curînd cu personal medical, pentru că problema nu este una locală, ci una de nivel național.

Este știut că anual sistemul de sănătate public pierde peste 2500 de medici, dentiști și farmaciști, care pleacă să lucreze în afară. Lipsa medicilor este peste tot dramatică și se întâmplă și la spitale mari. Este celebru cazul spitalului Budimex (Marie Curie) din București, în care, pe secții importante, cum sunt neurochirurgia sau ortopedia, mai găsim doar câte un singur medic, iar una din secțiile de pediatrie nu mai are medici deloc. Chiar dacă uneori sunt scoase la concurs posturile vacante, șansele să se re–ocupe sunt mici, pentru că exodul de medici și asistente medicale de toate vârstele agravează de la an la an situația.

Poate că pentru guvernanți a fost mai interesant în ultimul deceniu să investească în lucrări de zidărie și să pună termopane în spitale, pentru că, într-adevăr unele arată bine, aproape ca în vest. Poate că, uneori, s-au mai găsit bani chiar și pentru dotarea unităților cu aparatură modernă, poate chiar și pentru consumabile dar nu și pentru a plăti medici calificați să le utilizeze. În final, toate aceste investiții în infrastructură rămân doar de fațadă, cum este cazul spitalului inaugurat la Ineu, dacă nu se face ceva pentru a se păstra personalul medical, dacă nu se crează un statut onorabil profesiei de medic și celorlalți care contează în asigurarea unui act medical de calitate.

Călin Mărcușanu

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Administrarea de vitamine la copil. . . 4
Mituri în tratamentul cu antibiotice . . 6
Ce este un filler facial 8
Nu trebuie să suferi pentru a fi frumoasă 9
Ptoza mamară 10
Fibromul uterin 12
Boala coronariană ischemică. 15
Din sipetul de comori al stimulării cardiace. 16
Herpesul ocular. 18
Ce aparat auditiv alegem? 19
Sughițul 20
Depresia la femei 22
Piciorul plat sau Platfusul 24
Rapid, eficient, vizibil în infecțiile urinare 25
Tehnici de biofeedback. 26
Unelte diagnostice în alergia alimentară 28
„Am ales ortopedia cu gândul că voi renunța la ea. M-am răzgândit" 30

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

Administrarea corectă de vitamine - recomandări pediatrice

Încă din primul an de viață, părinții trebuie să știe că, pentru o dezvoltare armonioasă, trebuie să-i administreze copilului o serie de suplimente, cum ar fi calciu, vitamina D și fier. De asemenea, în sezonul rece copilului i se administrează vitamina D sub formă de picături - zilnic câte patru picături de Vigantol care asigură o „rație" normală. Dacă, de obicei se recomandă administrarea de calciu și vitamina D, nu trebuie sa uităm că este obligatorie și administrarea de suplimente de fier.

Este recomandat ca mamele să-și facă un calendar cu regimul de administrare a suplimentelor: calciu - zece zile pe lună; fier și acid folic - celelalte 20 de zile ale lunii; Vigantol - în fiecare zi a lunilor reci din an. Calciul se administrează până la doi ani. Fierul se dă începând de la trei luni și jumătate, timp de patru luni, adică până la șapte luni și jumătate.
După vârsta de un an, copilului i se vor face analizele de sânge, iar dacă se constată ca micuțul are deficiențe de fier, se poate relua administrarea suplimentelor de fier. De asemenea, doza de vitamina D poate fi crescută la recomandarea medicului, dacă se constată un deficit mărit.

Vitamina C

Aportul de vitamina C este mai important în perioada rece, pentru că ajută la creșterea imunității. După vârsta de 1 an încearcă să-i oferi celui mic vitamina C din surse naturale: citrice, pătrunjel, kiwi!

Vitamina D

De asemenea, vitamina D, necesară asimilării calciului în organism, se poate suplimenta printr-o nutriție adecvată: ficat, pește gras (hering, sardine, somon), gălbenuș, lapte integral și produse lactate nedegresate.

În timpul adolescenței, pentru o dezvoltare armonioasă, s-a constatat că mineralele și vitaminele sunt extrem de importante. Fetele au nevoie

de suplimente în jurul vârstei de 10-11 ani, iar băieţii pe la 12-13 ani.

Sunt importante următoarele:

- acidul folic şi vitamina B12;
- pe măsură ce nivelul de calorii creşte, este nevoie de suplimente de vitaminele B1, B2 şi B3;
- vitamina B6 şi vitamina D
- vitaminele A, C şi E sunt importante pentru dezvoltarea noilor celule formate;
- calciul, magneziul şi zincul sunt necesare pentru creşterea densităţii osoase.

Multă atenţie!

Părinţii nu trebuie să uite că aceste administrări suplimentare de vitamine trebuie făcute doar cu avizul medicului de specialitate. Vitaminele şi preparatele din calciu, dacă sunt folosite în exces, pot determina osificarea scuturilor craniene. Excesul de vitamina A duce la intoxicaţie cronică, iar cel de vitamina C, la pietre la rinichi şi diaree. 15 minute de expunere la soare pe săptămână - de atâta are nevoie un copil pentru a asimila în mod natural vitamina D.

www.bioterramed.ro

Natural Pharmaceuticals

Vitamina D3 *Natural* Picături - Flacoane 10 ml
Conţine: Vitamina D3 100UI la fiecare picătură

Vitamina C *Natural* Picături - Flacoane 15 ml
Conţine: Vitamina C hidrosolubilă 2.5mg la fiecare picătură

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

MULTIVIT *Natural* Sirop - Flacoane 150 ml
Conţine: Vitamina A (retinol) (600UI) 180mcg, Vitamina B1 0,25mg, Vitamina B2 0,25mg, Vitamina B6 0,25mg, Vitamina C 25mg, Vitamina D3 (100UI) 2,5mcg, Vitamina E 2mg, Vitamina PP 2,5mg, Calciu (din Citrat Malat de Calciu) 3,3mg la fiecare 2,5ml (o linguriţă).

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

FEROVIT *Natural* Sirop - Flacoane 100 ml
Conţine: Fier 5mg, Vitamina B1 1mg, Vitamina B2 1mg, Vitamina B6 0.5mg, Vitamina B12 1mcg, Vitamina PP 5mg, Vitamina C 25mg la fiecare 5ml (o linguriţă).

CALCIU Natural Sirop - Flacoane 150 ml
Conţine: Calciu (lactat) 110mg la fiecare 5 ml (o linguriţă).

Natural Pharmaceuticals Supliments Srl
Bucureşti, România, B-dul C. Coposu nr. 4, sector 3
Tel: 021 320 0595, Fax: 021 326 8025

Mituri în tratamentul

Farm. Spec. ***Horváth Géza***

Referitor la tratamentul cu antibiotice, e foarte important să luăm în serios câteva aspecte. De obicei cel mai scurt tratament cu antibiotice durează cel puțin 3 zile, dar aș preciza că în afecțiunile acute și subacute tratamentul durează de obicei de la 5 la 10 zile. În afecțiunile cronice sunt cazuri când antibioticele se administrează luni de zile. Un exemplu bun ar fi boala TBC.

Este o practică total greșită a multor pacienți aflați sub tratament cu antibiotice: în a 2-a sau a 3-a zi, când apar primele semne de efect ale antibioticului și pacientul începe să se simtă mai bine, atunci abandonează foarte mulți tratamentul cu antibiotice. Sigur aici sunt 2 pericole majore: primul că întreruperea tratamentului va duce la recidivarea bolii, iar neterminarea tratamentului duce la o incidență crescută în ceea ce privește rezistența bacteriană, fiind posibil ca aceeași bacterie să răspundă mai slab la același antibiotic, să fie nevoie de doze mult mai mari pentru eradicarea infecției, sau să nu răspundă deloc. Bineînțeles întreruperea nejustificată a tratamentului duce logic și la o răspândire mult mai probabilă a infecției de la omul neglijent la alt om, ceea ce duce la alte îmbolnăviri nejustificate.

„ori facem un tratament corect și până la capăt, ori mai bine nu administrăm deloc".

Mai demult, se folosea schema administrării la început a antibioticul mai slab și doar la o nereușită se mergea mai departe treptat. Mai nou se recomandă intrarea din start cu un antibiotic sigur și eficient pe infecția respectivă, într-o doză potrivită, chiar mărită uneori pentru un tratament eficient și sigur de eradicare totală.

De foarte multe ori antibioticele se asociează cu medicamente de tip aintiinflamatoare nesteroidiene, cum ar fi de: aspirina, ibuprofenul, diclofenacul, piroxicamul, indometacinul, ketoprofenul etc. Trebuie să știm că de multe ori aceste antiinflamatoare reducând inflamația la locul infecției scad semnificativ penetrarea antibioticului în zonele respective și astfel scad eficacitatea tratamentului antiinfecțios. Deci ar trebui să cântărim bine la tratamentele antibiotice când luăm antiinflamatoare, și ar fi bine ca în cazul în care durerea predomină să înlocuim antiinflamatoarele cu paracetamol, algocalmin, codeină, eventual cu tramadol. Sunt diverse preparate combinate care au efect sinergic. Eu am o simpatie extraordinară față de un produs care necesită prescripție medicală și combină în mod sinergic tramadolul și paracetamolul. Combinația sinergică permite doze mai mici din substanțele respective, iar dozele mai mici logic produc efecte secundare și reacții adverse cu o incidență redusă. Dar există și preparate de tip OTC care se pot elibera fără prescripție medicală și care pot trata eficient senzația de durere asociată infecției. Dacă durerea are și o componentă de tip spasm, un produs foarte eficient este drotaverina, care deasemenea nu scade eficacitatea produselor de tip antibiotic.

Există o practică veche care enunța că antibioticele se iau cu lapte sau iaurt pentru protecție gastrică. Este greșită această concepție din două motive și anume: multe antibiotice și produse chimioterapeutice interacționează cu calciul din lapte și formează chelați neabsorbabili care se elimină prin fecale. Tatraciclina și fluorochinolonele cum ar fi: ciprofloxacina, ofloxacina, norfloxacina etc. pot forma astfel de chelați, care dacă nu se absorb atunci nu au efect sau au efect terapeutic redus ce poate duce la un eșec al tratamentului. Pe de altă parte probioticele din iaurt acționeză doar dacă iaurtul se administrează la o distanță de minim 4-5 ore

cu antibiotice

de la antibiotic. Este o naivitate să credem că antibioticele nu distrug produsle probiotice. Adevărul este că probioticele fie de tip iaurt, de tip medicamentos sau suplimenetele alimentare au eficacitate după tratamentul cu antibiotice, iar dacă se folosesc în timpul tratamentului cu antibiotice trebuie obligatoriu folosite la o distanţă suficientă înainte sau după administrarea antibioticului. Problema este că mulţi ignoră folosirea probioticelor după tratamentul antiinfecţios, ceea ce ar fi un pas important în redresarea echilibrului organismului. În timpul tratamentului antiinfecţios ar trebui să se folosească un produs care nu este probiotic, dar totuşi prin alt mecanism de acţiune restabileşte echilibrul florei intestinale, acesta este un produs gemoterapeutic și se numește: Extract din muguri de nuc.

Și să nu uităm:

Administrarea corectă a antibioticelor se face pe stomacul gol și fără alte medicamente concomitent. Doar dacă apar iritaţii gastrointestinale sau senzaţie de greaţă-vomă atunci trecem la administrarea postprandială. Claritromicina este un produs care dă foarte des astfel de reacţii, din acest motiv părinţii trebuie să agite suspensiile de claritromicină câteva minute bune, pentru ca suspensia să preia gustul îndulcitorilor, și astfel pot reduce incidenţa reacţiilor adverse de tip gastro-intestinal.

În concluzie

în cazul antibioticelor trebuie să ne ghidăm după legea totul sau nimic, ori facem un tratament corect și până la capăt, ori mai bine nu administrăm deloc preparatele respective. Nu trebuie să avem fobie dar nici mânie faţă de administrarea de antibiotice. Trebuie să știm și să simţim momentul când redresarea organismului necesită astfel de intervenţii drastice, iar atunci trebuie să urmăm scheme corecte de tratament.

Antibioticele se iau cu suficientă apă plată pentru a preveni iritaţiile esofagului

Ce este un filler facial?

Dr. Cătălin Enăchescu, *specialist dermatolog, secretar general Asociaţia de Medicină Anti-Aging*

Dr. Raluca Manta, *medic dermatolog*

Fillerele faciale sunt tratamente cosmetice de înfrumusețare prin care se obține o reducere a ridurilor fine, dar și a celor mai profunde de la nivelul feței. Termenul se referă în principal la injecții realizate la nivelul pielii feței, botoxul fiind probabil cel mai cunoscut tratament de acest tip.

Există o gamă largă de efecte produse de fillerele faciale; aceste efecte depind însă de ceea ce vrem să obţinem la nivelul tegumentului facial, de tipul pielii la nivelul căreia se aplică tratamentul, dar şi de receptivitatea pielii pentru produsul respectiv. Nu există niciun dubiu asupra faptului că fillerele realizează o reducere vizibilă a ridurilor fine şi, uneori, acoperă chiar şi ridurile mai profunde de la nivelul feţei. Fillerele oferă un rezultat imediat, însă pentru o perioadă limitată. Efectul fillerelor injectabile poate dura până la 9 luni.

Comunicarea cu pacientul

Pacientul trebuie să primească toate informațiile referitoare la produsul care urmează sa-i fie injectat, pentru a căpăta siguranța necesară efectuării acestei proceduri. Având în vedere faptul că tratamentul se realizează în aproximativ o oră, pacientul își poate relua activitățile zilnice obișnuite. Cu toate acestea, este indicat ca tratamentul să se realizeze spre sfârşitul zilei, deoarece la încheierea procedurii poate apărea o ușoară durere, eritem, edemațiere.
Înainte de efectuarea acestor tipuri de proceduri medicale, pacientul trebuie să se asigure că i-a oferit medicului toate informaţiile referitoare la istoricul său medical şi la tratamentele medicale pe care le urmează.

Cât de răspândită este procedura?

Pentru unii dintre pacienţi efectele fillerelor pot fi atât de impresionante încât ei pot să abuzeze de acest tip de tratament de înfrumuseţare. În Marea Britanie există aproximativ 65 de tipuri de fillere, comparativ cu doar 7 existente în SUA, unde reglementările legate de medicamente sunt mai stricte, astfel încât pacientul împreună cu medicul curant trebuie să aleagă cu atenţie produsul care urmează să-i fie injectat pacientului.
Înainte de începerea injectării fillerului medicul informează pacientul despre modul cum se va desfăşura procedura şi, în acelaşi timp, va răspunde întrebărilor puse de acesta. Tot înainte de începerea procedurii, medicul va realiza câteva teste pentru evaluarea sensibilităţii cutanate, deoarece unii pacienţi pot prezenta reacţii alergice. Pacientul se aşază relaxat, i se aplică o cremă anestezică, medicul îi explică toţi paşii procedurii, îl informează despre locul unde urmează să-i injecteze substanţa şi câte injecţii vor fi la nivelul ariei respective.

Care sunt riscurile?

Injectările fillerelor la nivelul nasului, dar şi la nivelul buzelor, sunt însoţite de un grad de inflamaţie mai ridicat, astfel încât medicul trebuie să informeze pacientul că în aceste zone poate apărea: durere, eritem/echimoză la puţin timp după terminarea tratamentului. Unii pacienţi pot prezenta fine pete eritematoase la locul de infectare a substanţei, alţii pot simţi o uşoară reacţie dureroasă, uneori pot apărea slabe manifestări alergice (edem, prurit), dar acestea vor dispărea în câteva zile de la aplicarea tratamentului.

Trebuie neapărat să suferi pentru a fi frumoasă?

Acidul hialuronic câștigă din ce în ce mai multă popularitate în segmentul medical și cosmetic. Tot mai multe produse cosmetice au printre ingrediente și acidul hialuronic, datoritā efectelor sale de hidratare și netezire a pielii. Dar, ceea ce oferā rezultate imediate sunt produsele injectabile de umplere, pe baza de acid hialuronic, care fac ridurile mai puțin vizibile și netezesc imperfecțiunile pielii produse de acnee sau alte leziuni.

Acidul hialuronic este o substanţă ce face parte din familia glicozaminoglicanilor şi este întâlnită mai ales în cartilaje şi în piele. La nivelul articulaţiilor, pe lângă rolul plastic de formare a colagenului, căruia îi conferă rezistenţă şi flexibilitate, acidul hialuronic contribuie la secreţia lichidului sinovial, care asigură lubrifierea componentelor articulaţiei. Acidul hialuronic este prezent în toate ţesuturile corpului şi are funcţii deosebit de importante - ajută la transferul nutrienţilor către interiorul celulei şi la transportul toxinelor de la celule, acolo unde nu există o vascularizaţie tisulară, de exemplu în cartilaj.
Aplicaţiile medicale sau cosmetice cu acid hialuronic nu sunt permanente, pentru că, în cele din urmă, acidul hialuronic este degradat şi absorbit de organism. Din acest motiv, tratamentele cu acid hialuronic ţin între 6 şi 18 luni, după care sunt necesare noi tratamente pentru a menţine efectul obţinut. Multe femei însă evită să apeleze la injecţiile cu acid hialuronic, tocmai din cauza fricii de durere.
Această barieră a durerii este detronată acum, întrucât au apărut noi variante ale celui mai pur acid hialuronic, care folosesc acum un anestezic local – lidoicaina, cu ajutorul căreia injectările devin complet nedureroase.

O procedură care multora poate li se pare costisitoare, este de fapt mai fezabilă pe timp îndelungat decât modalităţile clasice prin care ne îngrijim faţa. Dacă

o femeie plătește, în medie, 300 euro pentru injectarea acidului hialuronic care își menține efectul între 6 și 18 luni (în funcție de varietatea utilizată și de alţi factori), înseamnă ca într-o lună revine o sumă cuprinsă între 17 și 50 euro, cost care se situează de cele mai multe ori mult sub preţul unei creme, chiar de nivel mediu, care nu poate să umple ridurile sau să creeze volum acolo unde lipsește.

Cel mai pur acid hialuronic este constituit dintr-un gel omogen şi monofazic, fiind mai puţin expus acţiunii distructive a radicalilor liberi, având o rezistenţă îndelungată, iar injectarea se realizează cu ajutorul unor seringi din sticlă specială, în care este introdus acest ser. Acidul hialuronic este injectat direct în rid, ridică şi umple instantaneu ridul prin capacitatea lui de creştere a volumului acestuia. Imediat, de la prima injectare, ridul este redus în mod vizibil, iar neregularităţile din piele sunt reparate.
www.seetrybuy.ro

Ptoza mamară

Dr. Cristina Brezeanu
Medic primar chirurgie plastică
Asistent universitar UMF Carol Davila
Doctor în Ştiinţe medicale

Sânii au reprezentat întotdeauna un simbol al frumuseții feminine. Odată cu trecerea timpului însă, forma și consistența sânilor se modifică, fermitatea lor scade, și apare de regulă un grad variabil de ptoză. Aceste modificări, sunt datorate procesului natural de îmbătrânire al pielii (prin pierderea elasticității și fermității acesteia) dar și altor cauze precum calitatea tegumentelor sau o greutate crescută a sânilor. Aceste modificări, pot fi accelerate de variații ponderale importante sau repetate, dar și de variațiile mari și bruște de volum ale sânilor care apar în situații naturale, precum sarcina sau alăptarea, astfel încât ptoza mamară poate să apară și în cazul femeilor foarte tinere (aceasta fiind rezultatul apariției unui exces tegumentar, la care uneori se asociază și micșorarea volumului glandular). Liftingul mamar este singura soluție prin care se poate corecta acest prejudiciu (ridicarea sânilor nu poate fi obținută cu ajutorul metodelor nechirurgicale, precum creme, masaj sau „body building").

Ce este liftingul mamar?

Liftingul mamar, sau operatia de „ridicare a sânilor", reprezintă o intervenţie de remodelare a sânilor prin rezecţia chirurgicală a tegumentelor în exces şi creearea unui nou „sutien de piele", adaptat la volumul sânului (practic dimensiunile glandei mamare se conservă, aceasta fiind doar ridicată). Dacă este necesar, în cursul acestei intervenţii, poate fi remodelată şi dimensiunea areolei, în raport cu cea a sânului. Deasemenea printr-o astfel de intervenţie, se pot corecta și asimetriile de formă sau de volum ale sânilor. Îndepărtarea excesului de piele de la nivelul sânului, presupune apariţia unei cicatrici a cărei formă și localizare poate fi diferită în funcţie

de gravitatea ptozei mamare, dar și de metoda chirurgicală aleasă.

De ce vom ține seama înaintea operației?

O astfel de intervenţie trebuie programată din timp, deoarece există o serie de tratamente care trebuie întrerupte preoperator (exemple: anticoncepţionalele, antiinflamatoriile, antidepresivele, etc). Nu este de dorit ca această intervenţie să coincidă cu perioada menstruaţiei. Dacă aveţi în perspectiva imediată o sarcină, această intervenţie nu își are rostul. Cel mai bine este să o amânaţi după nastere pentru a beneficia în timp de rezultatul operaţiei (pe care sarcina și alăptarea îl pot altera). Dacă ați născut de curând, intervenţia va fi amânată pentru cel puţin 6-12 luni de la întreruperea alăptării.

Înaintea unei astfel de intervenţii, sunt necesare o serie de analize preoperatorii (la indicaţia medicului), precum și a unei ecografii mamare sau a unei mamografii, pentru depistarea unor eventuale afecţiuni preexistente operaţiei.

Detalii despre intervenția chirurgicală și perioada postoperatorie imediată.

Intervenţia durează aproximativ 2-3 ore si necesita anestezie generală. După operaţie, pacienta va rămâne internată cel puţin o zi. Discomfortul postoperator este minim. În primele 24-48 de ore dupa operaţie, pot să apară dureri moderate la locul inciziilor,care însă se pot ameliora cu ajutorul antialgicelor. Vindecarea plăgilor necesită 10-12 zile, timp în care sunt necesare controale periodice. În această perioadă sunt contraindicate mișcări ample ale braţelor (tenis, înot, fitnes), purtarea de greutăţi sau dormitul pe burtă. Timp de aproximativ o lună după operaţie, este utilă purtarea unei bustiere elastice.

Care sunt principalele complicații ce pot să apară după o intervenție de ridicare a sânilor?

Nu există complicaţii semnificative în cazul acestor intervenţii. Cu toate aceste, vom avea în vedere faptul că orice intervenţie chirurgicală presupune anumite riscuri, acestea fiind direct proporţionale cu vârsta și starea de sănătate a pacientului. Aceste riscuri vor fi evaluate în mod individual pentru fiecare pacient în parte, printr-un control preoperator riguros.

În concluzie:

Liftingul sânilor, îmbunătăţește vizibil forma și fermitatea sânilor, corectează ptoza și asimetria, cu „preţul" unor cicatrici, mai mult sau mai puţin evidente și ale căror dimensiuni sunt direct proporţionale cu cantitatea de tegument în exces.

Fibromul uterin

***Dr. Stoian Ioan**, medic primar obstetrică-ginecologie*

Fibromul uterin este întâlnit cel mai frecvent la femeia de vârsta reproductivă, fiind responsabil de peste o treime din internările în cadrul serviciilor de ginecologie. Este o tumoră benignă (necanceroasă) a miometrului (stratul muscular al uterului), unică sau, mai frecvent, multiplă (polifibromatoză uterină), fiind diagnosticată în majoritatea cazurilor la femeile cu vârste cuprinse între 35 și 45 ani.

De ce apare fibromul uterin? În ciuda numeroaselor teorii vehiculate, cauzele rămân în continuare incomplet cunoscute. Se pare că aceste tumori apar pe fondul unei predispoziţii genetice, boala coexistând la mai multe femei din aceeași familie, evoluţia lor fiind în strânsă legătură cu statusul hormonal al pacientei. Se asociază frecvent cu obezitatea, hipertensiunea arterială, mastoză fibrochistică, hiperplazia endometrială și cancerul de endometru.

În marea majoritate a cazurilor, fibroamele uterine cresc lent și sunt asimptomatice exceptând sarcina (secreţie crescută estro-progestativa) și premenopauză (dezechilibru hormonal cu dominanţa estrogenică) când evoluţia lor se modifică: creștere accelerată, apariţia simptomatologiei și a complicaţiilor. După menopauză,în mod obișnuit, fibroamele uterine regresează spontan; o parte dintre acestea pot să evolueze în continuare punând probleme de diagnostic diferenţial mai ales cu cancerul uterin.

Diagnosticul de fibrom uterin este în principal unul clinic. În practică medicală ne întâlnim în general cu două situaţii:

- paciente asimptomatice care solicită un consult ginecologic de rutină, ocazie cu care află de prezenţa unui fibrom uterin, uneori voluminos (este o situaţie relativ frecventă). De aceea, dincolo de această situaţie particulară, trebuie insistat asupra importanţei consultaţiilor ginecologice regulate, la toate femeile, indiferent de prezenţa / absenţa acuzelor subiective.
- paciente simptomatice, acuzând tipic prezenţa menoragiilor (menstruaţii abundente, cu cheaguri, prelungite dar care survin la intervale regulate), eventual a menometroragiilor (sângerări complet neregulate) care se pot însoţi de anemie secundară, uneori severă. Alte simptome posibile sunt: durerile pelvi-abdominale permanente sau concomitente menstruaţiei, senzaţia permanentă de apasare pelviană, mărirea de volum a abdomenului, tulburarile funcţionale urinare (micţiuni frecvente) sau rectale (tenesme, constipaţie cronică). Simptomatologia nu este însă specifică, în spatele acesteia putându-se ascunde boli mult mai grave precum cancerul de endometru, cancerul de col uterin, etc.; de aceea prezenţa oricărui simptom trebuie să determine femeia să se adreseze medicului ginecolog.

Investigaţiile paraclinice au un rol complementar. Ecografia, mai ales cu transductor endovaginal, detine un rol diagnostic important, permiţând evaluarea fibromului – numar, dimensiuni, localizare și a eventualei patologii asociate, având un aport important în decizia terapeutică. În funcţie

de particularitatea cazului mai pot fi utile: chiuretajul uterin hemostatic / biopsic, histeroscopia, citologia Babeș-Papanicolau, colposcopia, etc.

Complicaţiile posibile asociate fibromului uterin sunt: sângerările uterine cu anemie secundară, compresia vezicii urinare, a ureterelor sau a rectului, unele fenomene acute (necrobioza septică / aseptică), infecţiile salpingiene, infertilitatea, degenerescenţa sarcomatoasă (cancer uterin). De asemenea, fibromul uterin interferă cu evoluţia normală a sarcinii, a naşterii sau a lăuziei.

Atitudinea este nuanţata ţinând cont de numeroşi factori. Este indicat ca pacienta să se adreseze unei clinici de ginecologie care, dincolo de posibilităţile diagnostice şi terapeutice moderne, să-i poată oferi un climat de încredere, informaţii asupra bolii, asupra posibilelor complicaţii, permiţând ca, la sfatul medicului specialist să urmeze conduita terapeutică cea mai adecvată.

Opţiunile de tratament includ expectativa (simpla supraveghere periodica clinica şi ecografica in fibroamele uterine asimptomatice de dimensiuni mici), terapia medicamentoasă şi tratamentul chirurgical.
Terapia cu progestative are o singură indicaţie: patologia endometrială funcţională asociată fibromului uterin. Utilizarea progestativelor, a danazolului sau a analogilor de Gn-RH cu scopul de a opri creşterea sau pentru a determina regresia fibroamelor uterine este, cu excepţia unor situaţii particulare, inutilă (efectele terapeutice fiind inconstante, parţiale, tranzitorii dar cu riscuri secundare importante).

În cazul fibroamelor uterine voluminoase, simptomatice sau complicate este indicat tratamentul chirurgical. Intervenţiile au un spectru larg, putând fi conservatoare: miomectomia (se îndepărtează doar nodulul fibromatos pe cale deschisă, histeroscopic sau laparoscopic) şi mai rar miometrectomia, sau mai frecvent radicale: histerectomia subtotală / totală cu sau fără anexectomie bilaterală realizate pe cale abdominală sau vaginală. Histerectomia se desfasoară sub anestezie generală, necesitând o spitalizare cu durată variabilă de 3-5 zile. Convalescenţa este de durată relativ scurtă cu reluarea activităţii profesionale în câteva săptămâni. Realizarea intervenţiei chirurgicale într-o clinică de specialitate modernă care dispune de toate dotările în domeniu, cu un personal competent care asigură la un standard înalt toate îngrijirile necesare pre- si postoperator, permite refacerea rapidă a pacientei, cu reinserţie socială şi profesională în timp cât mai scurt.

Una din întrebările frecvente legate de histerectomie se referă la posibila afectare a vieţii sexuale după operaţie. Răspunsul este categoric "NU". Pentru înlăturarea acestui mit este important ca pacientele să ştie faptul că după perioada de convalescenţa îşi pot relua activitatea sexuală normală la fel ca şi înaintea intervenţiei chirurgicale.

Sindromul ovarelor polichistice

Tabloul clinic este polimorf şi asociază în formele tipice hirsutism (pilozitate excesivă de tip masculin), acnee (coşuri pe faţă) şi tulburări de ciclu menstrual, la o pacientă cu exces ponderal în general moderat şi adesea infertilă. Menstruaţia survine la intervale de timp mai mari decât în mod obişnuit, peste 35 de zile, sau poate lipsi complet (amenoree); o treime din paciente acuză însă menstruaţii abundente şi prelungite sau sângerări intermenstruale. Manifestarile clinice survin adesea la pubertate şi se accentuează progresiv pe măsură înaintării în vârstă. Fiind o stare cronică de hiperandrogenism anovulator, SOP prezintă consecinţe clinice importante

pentru paciente și riscuri semnificative pe termen lung: sterilitate, diabet zaharat, obezitate, hirsutism, alopecie, cancer endometrial și boli cardiovasculare.
Lipsa cronică a ovulației, dincolo de alte manifestări clinice, determină un neajuns important la pacientele tinere, aflate la vârsta reproducerii: imposibilitatea obținerii unei sarcini (infertilitatea).
Diagnosticul SOP se bazează pe criterii clinice și ecografice. Deși nu este patognomonică, ultrasonografia pelvină deține un rol diagnostic important; ecografia cu sondă endovaginală este de elecție la aceste paciente permițând o bună vizualizare a modificărilor de morfologie ovariană (ovare cu dimensiuni crescute, cu stroma hiperplazică, cu foliculi (mici chiste ovariene) numeroși, dispuși periferic.
Luând în considerare numeroasele consecințe clinice precum și complicațiile redutabile, este esențial ca boala să fie diagnosticată cât mai precoce, cu adoptarea unei conduite terapeutice adecvate. Dincolo de faptul că toate femeile ar trebui să efectueze un consult ginecologic periodic, apariția unuia sau a mai multor semne clinice menționate anterior trebuie să determine pacienta să se adreseze unei clinici de ginecologie care să permită în primul rând un diagnostic ecografic performant și, eventual, să dețină posibilitatea efectuării analizelor de laborator în scopul stabilirii profilului hormonal al pacientei.
Medicul trebuie să ofere informații asupra bolii, să atragă atenția asupra posibilelor complicații și să încurajeze pacienta în sensul modificării stilului de viață care presupune atingerea unei greutăți optime, o dietă adecvată, practicarea exercițiilor fizice și renunțarea la fumat.

Conduita terapeutică în sindromul ovarelor polichistice variază mult în funcție de manifestările clinice (hirsutism, acnee, tulburări de ciclu menstrual, etc). Infertilitatea este unul din motivele frecvente pentru care pacientele cu SOP solicită consult de specialitate. La acestea obiectivul terapeutic esențial constă în restabilirea ciclurilor menstruale normale, ovulatorii, care poate avea mai multe soluții: terapie medicamentoasă de stimulare ovariană sau metode chirurgicale (rezecția cuneiformă a ovarelor sau drilling-ul ovarian laparoscopic).

Deoarece tendința actuală este de a utiliza metode cât mai eficiente sub raportul cost-beneficiu în condițiile unor complicații minore, utilizarea intervențiilor chirurgicale laparoscopice pentru inducerea ovulației a luat o mare amploare, devenind terapia de prima intenție.

Astfel, în clinicile moderne de ginecologie, drilling-ul ovarian laparoscopic deține un rol important în cadrul terapiei de restabilire a fertilității, având o serie de avantaje: întreruperea lanțului etiopatogenic al bolii cu restabilirea ovulației în peste 90% din cazuri; posibilitatea cercetării intraoperatorii a permeabilității tubare (cromopertubația); aderențele postoperatorii sunt minime; este o intervenție chirurgicală minim invazivă, estetică, cu recuperarea rapidă a pacientei; rezultatele sunt foarte bune, pacientele obținând sarcina în peste 70% din cazuri.
În concluzie, trebuie subliniat faptul că sindromul ovarelor polichistice este o afecțiune frecventă, cu riscuri potențiale severe pe termen lung și că este foarte important ca pacientele să solicite un consult ginecologic într-o clinica performantă care să permită stabilirea diagnosticului corect al bolii dar și adoptarea unei terapii adecvate, inclusiv chirurgicală, în cazurile în care aceasta se impune.

Boala coronariană ischemică

Rolul coronarografiei în diagnosticul bolii și tratamentul percutan coronarian intervențional

Dr. Iacob Mihai, *Medic primar cardiologie și cardiologie invazivă/ interventională, Centrul de Boli Cardiovasculare „ANGIOMEDICA"*

Este o afecțiune caracterizată prin îngustarea lumenului vascular, datorită formării plăcii de aterom. Aceasta induce diminuarea aportului de sânge oxigenat la nivelul miocardic. Consecința ischemiei miocardice este alterarea funcțiilor normale ale mușchiului cardiac.

Coronarografia reprezintă investigaţia invazivă, nechirurgicală, care aduce informaţii precise în legătură cu stenozele coronariene, vasele afectate, pentru a stabili tratamentul bolii: exclusiv medical, coronarian intervenţional (angioplastie coronariană, implantare de stent coronarian etc.) sau intervenţie chirurgicală de revascularizare miocardică.
Coronarografia poate evidenţia şi alte anomalii: variante anatomice, spasm coronarian, punţi musculare, fistule coronariene, disecţii, anomalii coronariene în cadrul unor boli inflamatorii sau al unor afecţiuni congenitale complexe etc. În cazurile cu stenoze semnificative, subocluzive sau la pacienţii cu coronare ocluzionate, poate fi evaluată circulaţia colaterală inter sau intracoronariană. Aspectul angiografic al stenozei poate aduce informaţii asupra cauzei stenozei: calcificare, tromboză etc.

Indicațiile coronarografiei includ următoarele situații:

- pacienţi cu BCI pentru care tratamentul medical nu mai este eficient şi se constată reapariţia sau agravarea crizelor anginoase;
- pacienţi cu angină pectorală nou-apărută, instabilă, infarct miocardic acut sau angina post-infarct;
- pacienţi cu BCI, fără dureri anginoase, dar cu modificări EKG;
- pacienţi cu BCI cu simptomatologie sugestivă, dar cu EKG neconcludent;
- evaluarea patului vascular coronarian după o procedură intervenţională sau după intervenţie de bypass aortocoronarian;
- pacienţi cu boli cardiace valvulare şi malformaţii cardiace congenitale la care sunt suspectate afecţiuni coronariene asociate etc.

În urma efectuării coronarografiei se poate institui un tratament optim. În funcţie de numărul stenozelor, numărul vaselor afectate, aspectul şi caracteristicile stenozelor puse în evidenţă, vârsta pacientului, afecţiuni asociate etc. se poate alege varianta de tratament: medical, intervenţional sau chirurgical.
Dacă sunt evidenţiate leziuni care îndeplinesc criteriile unei proceduri coronariene intervenţionale (PCI), atunci sunt efectuate angioplastii coronariene, implantări de stenturi coronariene farmacologic-active sau convenţionale, sau sunt utilizate alte tehnici intervenţionale. În funcţie de selectarea cazurilor, de
consumabilele disponibile şi de experienţa echipei, pot fi abordate şi leziuni complexe, multicoronariene.

În general, variantele terapeutice sunt complementare şi pot fi aplicate secvenţial aceluiaşi pacient.
Tratamentul intervenţional necesită asocierea tratamentului medical şi continuarea controalelor cardiologice periodice. Acestea evaluează în timp rezultatele obţinute (după PCI, de obicei, pacientul poate reveni la o viaţă activă, normală). În cazul implantărilor de stenturi coronariene, fenomenul de restenoză a fost aproape complet suprimat prin utilizarea stenturilor farmacologic-active care au proprietatea de a elibera la locul implantării o substanţă ce previne restenozarea.

Din sipetul cu comori

Dr. Sorin Micu
Medic primar cardiolog

Povestea începe în anii 50, cînd un suedez ce avea să devină un nume celebru în medicina contemporană deși nu era medic, Arne Larsson (1915-2001), a fost afectat de o boală teribilă la vremea respectivă: bloc atrioventricular total cu crize Adams-Stokes în atacuri repetate. Departe de a bănui că avea să devină faimos în întreaga lume și va intra viu în noul mileniu, Arne Larsson era, dimpotrivă, convins că viața sa avea să se sfârșească prematur și groaznic în cel mai scurt timp, medicația și alte terapii ale vremii nefiindu-i de folos.

Else-Marie, soţia lui Arne, într-o stare de disperare extremă, auzind de experimentele cu electricitate pe miocardul animalelor făcute la spitalul Karolinska , l-a abordat pe deja vestitul chirurg Ake Senning(1915-2000) şi pe nu mai puţin vestitul inginerul Rune Elmquist(1906-1996), de al cărui nume se leagă multe invenţii, implorându-i să salveze viaţa soţului ei.

Multe dintre evenimentele care au schimbat soarta omenirii s-au desfăşurat nu pe câmpurile de luptă sau în sălile de conferinţă, ci în locaţii mult mai banale: dormitoare sau bucătării. Astfel şi firul naşterii stimulatorului cardiac s-a mutat din dormitorul suferinţei lui Arne Larsson în bucătăria lui Rune Elmquist, unde a apărut efectiv pe lume în 1958. La "naştere" avea mărimea unui puc de hochei şi conţinea 2 tranzistori. Cea mai mare problemă era însă bateria: mare, din nichel-cadmiu.

Aşa s-a ajuns ca primul stimulator cardiac permanent endocardic să fie implantat la 8 octombrie 1958 de către chirurgul Senning pacientului Larsson. Ştim cu toţii că fericirile profunde durează puţin: cea a lui Larsson a ţinut 3 ore, după care stimulatorul proaspăt implantat a încetat să funcţioneze. Dar cine să se măsoare cu Rune Elmquist? Ca atare 9 octombrie 1958 a devenit ziua în care s-a desfăşurat prima înlocuire a unui stimulator epuizat. Acesta a ţinut mai mult şi a fost urmat de un lung şir de alte stimulatoare: Arne Larsson a schimbat nu mai puţin de 22 de-a lungul vieţii sale şi a devenit avocatul acestei cu totul speciale terapii.

De atunci stimulatoarele cardiace au devenit parte curentă a terapiei bolnavului cardiac iar complexitatea lor este dublată de miniaturizarea marcată şi extinderea ariei de indicaţii. De aceea este regretabil ca în acest domeniu ecuaţia bloc atrioventricular total cu sincope=stimulator cardiac unicameral descrie, cînd o face, tot domeniul . Situaţia este mult mai complexă iar beneficiile pacientului , în paralel şi ale medicului curant, fie acesta specialist sau medic de familie, mult mai extinse.

Iată spre exemplu apariţia stimulatorului bicameral, care stimulează secvenţial atriul şi ventriculul, reproducînd aproape perfect situaţia unei conduceri atrioventriculare naturale, a adus beneficii marcate: ignorarea contribuţiei atriale la funcţionarea globală a inimii, aşa cum se întîmplă în cazul stimulatorului unicameral ventricular, duce nu doar la apariţia asa-numitului 'sindrom de pacemaker"(manifestat prin dispnee, fatigabilitate, palpitaţii, hipotensiune arterială,chiar sincope) dar şi la incidenţa crescută a fibrilaţiei atriale, a insuficienţei cardiace, a accidentului vascular cerebral şi, în final, la reducerea duratei de viaţă. Şi toate acestea la un pacient care aparent are o frecvenţă cardiacă normală generată de stimulatorul ventricular! Iată ce consecinţe poate avea excluderea aparent modestei funcţii atriale şi "economia"

al stimulării cardiace

prost înțeleasă(stimulatorul unicameral fiind evident mai ieftin).

Așadar, ori de cite ori există păstrată funcția electrică a atriului (adică nu avem fibrilație atrială permanentă), ideală este abordarea concomitentă a acesteia în caz de stimulare cardiacă permanentă, prin utilizarea stimulatoarelor bicamerale.

Iar dacă patologia pacientului este boala de nod sinusal, (cu sau fără sindrom bradicardie-tahicardie) cu atât mai mult se impune păstrarea și abordul electric al atriului, cheia de boltă a acestei suferințe. Mai ales că în prezent există stimulatoare cardiace care au, pe lingă banala funcție de stimulare a cordului, și funcții cu totul particulare: cele de prevenție și terapie a fibrilației atriale. Printr-un mod particular de funcționare, care nu este perceput de către bolnav, aceste sisteme pot preveni și chiar trata în primele momente ale declanșării aritmii supraventriculare, respectiv temuta fibrilație atrială. De ce temuta? Pentru că în prezent nu are soluție terapeutică universală și eficientă și, în pofida aparenței ingenuității, scurtează durata de viață. Iar despre alterarea confortului acesteia, incluzînd aici și posibilitatea accidentului vascular cerebal, nu are rost să mai vorbim. Oricine este implicat în practica medicală cunoaște prea bine aceste lucruri.

Până și sincopa vasovagală, în forma sa cardioinhibitorie și-a găsit soluția de stimulare: sisteme care pot decela o modificare în impedanța intracardiacă, generată de influențe ale sistemului nervos vegetativ, pot interveni din timp și împiedica apariția sincopelor.
Iar când toate aceste sisteme pot fi supravegheate de la distanță prin accesorii de tipul telefonului celular, situația devenine chiar incredibilă. Cu toate acestea, este practica noastră curentă și nu secvențe dintr-un optimist și naiv film SF.

Herpesul ocular

Dr. Grigorios Triantafyllidis
Medic specialist oftalmolog

Herpesul este considerat cea mai frecventă afecțiune virală a ochiului. Conform statisticilor, peste 90% dintre persoane sunt purtătoare ale virusului herpetic. În general, herpesul poate fi contractat mai ușor de persoanele cu imunitatea scăzută (afecțiuni respiratorii, diabet, cancere, pacienți în vârstă sau tineri supuși stresului cotidian). Localizarea infecției herpetice este mai frecventă la nivelul buzelor, genital, dar și la nivel ocular.

Partea oculară afectată de virusul herpetic este corneea, adică structura transparentă dispusă în faţa zonei colorate a ochiului.

Odată virusul instalat, apar şi semnele şi simptomele prezenţei acestuia. De obicei, infecţia este unilaterală provocând disconfort ocular intens. Ochiul este dureros, discret roșu, lăcrimează abundent, iar persoana afectată sesizează o sensibilitate aparte la lumină (fotofobie), prezentându-se la medic cu fanta palpebrală întredeschisă. În majoritatea cazurilor, pacientul acuză scăderea cantitativă şi calitativă a vederii, survenită relativ brusc şi este necesar consultul specialistului, care, prin investigaţii specifice, poate stabili severitatea afecţiunii şi tratamentul potrivit.

Examinarea biomicroscopică relevă o ulceraţie epitelială, mai rar stromală, cu aspect dendritic sau în harta geografică la nivelul corneei. Profunzimea erupţiei este mai bine evidenţiată după ce suprafaţa corneei este colorată cu fluoresceină şi este expusă la lumina ultravioletă.

Cea mai de temut complicaţie este reprezentată de perforarea corneei cu pierderea vederii. Alte complicaţii pot fi date de vindecarea locală vicioasă, cu apariţia leucomului cornean. Această cicatrizare defectuoasă, în funcţie de localizarea sa, poate duce la afectarea permanentă a vederii. În schimb, cazurile care se prezintă urgent la medic se pot vindeca fără sechele, chiar dacă vindecarea completă poate dura.

Atitudinea terapeutică este diferită în funcţie de severitatea afecţiunii. În cazurile obişnuite se administrează tratament local şi general cu scopul de a reduce infiltraţia corneei şi inflamaţia locală. Se administrează tratament local cu unguent antiviral, la care se asociază tratament pe cale generală cu antiviral oral şi cu stimulatori ai imunităţii naturale. În cazul leziunilor stromale severe se recomandă şi tratament cortizonic, administrat atât local cât şi general. Vindecarea poate să treneze, iar tratamentul antiviral general îndelungat poate fi însoţit de toxicitate crescută.

În cazurile în care erupţia este mai profundă (ulceraţie), în afara tratamentului local cu trofice corneene şi reepitelizante, se recomandă şi lentilă de contact terapeutică sau se aplică pansament.

În caz de risc de perforare a corneei, singura modalitate terapeutică este transplantul de cornee.

Ultima şi cea mai de temut complicaţie a herpesului ocular trebuie să atragă atenţia pacientului, care, prin asemănarea simptomatologiei, nu de puţine ori "tratează" şi abordează problema ca pe o simplă conjunctivită.

Utilizarea **aparatelor auditive**

***Adrian Nițescu**, Audiolog*

Purtarea unui aparat auditiv achiziționat în urma vizionării unor anunțuri comerciale, fără a ține cont de recomandarea medicului și a audioprotezistului poate duce la dăunarea gravă a auzului.

Pentru că în economia de piață oferta este diversificată, tot mai frecvent apar promovate simple amplificatoare analogice, de regulă cu o singură banda de frecvență, care sunt denumite impropriu proteze sau aparate auditive și sunt comercializate la un preț mult mai mic decât valoarea reală a unui aparat auditiv.

Însă, este evident că așa-zisul aparat auditiv achiziționat în urma vizionării unei reclame va fi necorespunzător hipoacuziei pacientului. Consecințele pot merge de la neutilizarea aparatului, deoarece nu-l ajută pe purtător, până la afectarea în plus a auzului deja slăbit al pacientului.

Astfel, alegerea aparatului auditiv trebuie să se realizeze doar la recomandarea specialistului. În acest sens, evaluarea obiectivă se poate face prin consultarea directă a unui medic specialist ORL, pentru diagnosticarea pacientului din punct de vedere al patologiei individuale, și a unui audiolog, pentru testări auditive complete, pe baza cărora se va recomanda aparatul potrivit.

În plus, aparatul auditiv trebuie să fie personalizat în funcție de mai multe considerente, precum gradul și tipul hipoacuziei, existența unor patalogii locale (mai ales cele care implică scurgeri lichidiene), patologii asociate, predispoziții către formarea frecventă a dopurilor de cerumen, vârstă etc.

Soluția optimă este protezarea hipoacuzicului diagnosticat cu aparat auditiv digital, în care modul de procesare este diferențiat pe canale și benzi de frecvență, fapt ce permite descompunerea mesajului vorbit în fonemele componente, amplificarea diferențiată a fiecăruia, recompunerea și transmiterea lui în urechea pacientului.

Pe lângă faptul că procesează vorbirea, aparatul auditiv performant are rolul de a reduce, prin mai multe circuite specializate, tipuri diferite de zgomote ambientale cum ar fi: zgomotele traficului rutier sau alte zgomote de mică intensitate.

De asemenea, aparatele digitale permit folosirea microfoanelor multifuncționale sau a sistemelor de mai multe microfoane (omnidirecționale și direcționale) care adaptează auzul la mediul sonor în care se află pacientul, ajutând astfel la orientarea spațială și la o localizare mai bună a sursei sonore.

Un alt avantaj evident oferit de aparatele auditive digitale este posibilitatea configurării, cu ajutorul softurilor de reglaj specializate, a mai multor programe de auditie, total independente unul de celălalt, destinate unor situații sonore specifice în care se poate regăsi pacientul: zgomot de stradă, conversație în zgomot, sala de spectacol, televizor etc.

În concluzie, alegerea apartului auditiv nu este un lucru greu de realizat, cu condiția ca această decizie să fie luată ținând cont de recomandarea specialiștilor.

Sughițul

Dr. Garofiţă Nicolae, *medic ORL*

Binecunoscutul zgomot laringian „hic", adica sughițul, constă într-o inspirație bruscă terminată subit, ca și cum ar fi împiedicată de ceva. Se poate repeta cu frecvență variată și poate avea intensități variate. Uneori sughițul este de-abia perceptibil, alteori poate fi însoțit de tulburări respiratorii, tulburări de înghițit, regurgitații, cianoză, insomnii, neliniște.

Mecanismul de producere a sughițului este inspirația spontană provocată de o contracție bruscă a diafragmului cu spasm involuntar și clonic al acestuia. Oprirea subită a inspirației cu zgomotul respectiv este cauzată de contracția clonică a glotei și vibrația corzilor vocale sub acțiunea curentului de aer care, absorbit brutal, trece vijelios prin orificiul glotic întredeschis.

Excitația declanșatoare se face prin stimulii nervoși de la nivel visceral, periferic (diafragmă, stomac, pleure, abdomen), conduși prin nervul frenic sau vag, pe cale umorală (uree, în insuficiență renală), sau prin stimuli care acționează direct asupra centrilor nervoși (procese patologice cerebrale).

Cauzele sughițului

Se disting trei cauze principale ale sughițului:

1. **cauze locale organice** care acționează reflex asupra centrilor sughițului: distensia stomacului prin ingurgitarea rapidă, masivă (mese abundente), aerogastrie, aerofagie, aerogastrocolie; ingestie de alimente picante, condimentate, alcool, consum de lichide gazoase, reci sau fierbinți; gastrite, perforație gastrică, cu peritonită, ulcer duodenal, hernie diafragmatică, hernie hiatală; pancreatită, neoplasm pancreatic; afecțiuni intestinale (enterite, colite, parazitoze intestinale, ocluzie intestinală); afecțiuni ale colecistului; apendicită acută sau cronică; litiază renală, infecții urinare; afecțiuni ginecologice și sarcină; peritonite, abcese subfrenice; pneumonii de lob inferior, pleurezii, cancer pulmonar; pericardite uscate sau cu lichid; infarct miocardic posterior sau inferior; tumori mediastinale, esofagiene, diverticuli esofagieni, esofagite; emoții; rar - părul în urechea externă, herpes zoster, varicelă, retenția urinară, post anestezie generală.
2. **Condiții patologice generale, toxice, infecțioase,** ce acționează asupra sughițului pe cale umorală-sangvină (uremie în insuficiență renală, insuficiență hepatică gravă cu fenomene toxice, acidoacidoză diabetică, gută, spasmofilie, alcoolismul acut).
3. **Condiții neuropatologice** acționând direct asupra centrilor nervoși superiori: encefalie, hidrocefalie, hipertensiune intracraniană, tumori cerebrale, epilepsii, sifilis, afecțiuni psihiatrice.

Uneori nu se poate depista o cauza a sughițului. Atunci putem vorbi de sughiț nevrotic sau psihogen.

Este important de diferențiat sughițul datorat unei situații benigne, incidentale, legate de alimentație (cantitatea, tipul alimentelor sau lichidelor) față de situația în care sughițul este doar un simptom inițial (în cadrul bolilor acute chirurgicale, neurologice, infecțioase sau tumorale).

Tratamentul vizează în primul rând cauza. Chiar dacă aceasta nu se descoperă imediat, trebuie făcut un tratament simptomatic, pentru că su-

ghiţul, pe lângă faptul că este neplăcut, jenant, incomod, poate deveni o cauză de prăbușire a organismului prin nealimentare, nesomn, nelinişte, suferinţă.

Metoda de tratament

Mijloacele recomandate de tratament sunt numeroase și se adresează în special nervilor frenici și vagi, apoi sistemului nervos. Multe mijloace sunt empirice sau semiempirice, toate încearcă să scurtcircuiteze reflexul de sughiţ, să rupă cercul vicios. Faptul că sunt recomandate atât de multe metode arată că niciuna nu are o eficacitate unanimă (fiecare reușind în anumite cazuri, eșuând în altele). De aceea, este bine să fie cunoscute cât mai multe pentru a le putea încerca pe fiecare, la nevoie.

Mijloace simple - empirice:

aspiraţie brutală de aer, oprirea prelungită a respiraţiei după o inspiraţie forţată, cu blocarea diafragmului, eventual cu urechile și nările astupate; respiraţii profunde, repetate în serie; puţin oţet sau zahăr pe limbă; gargară cu apa de la gheaţă sau cu băutură fierbinte; ingerarea unei mari cantităţi de apă, cu înghiţituri forţate, repetate, cu trunchiul aplecat înainte; masaj intens, profund în regiunea cervicală, C 3, 4, 5, posterior sau aplicare pe ceafă în această zonă de apă rece, gheaţă; compresia unui glob ocular sau a unui sinus carotidian; excitaţie nazală sau faringiană cu o pană sau hârtie pentru a provoca strănut; manevre de provocare a vomei; compresie abdominală, epigastrică, direct sau prin flexia genunchilor pe abdomen, aplicări de comprese reci sau calde pe abdomen.

Alte metode de terapie

Metoda cea mai eficientă de tratament este prin stimularea faringelui printr-o sondă introdusă nazal sau bucal, mișcată de mai multe ori în sus sau jos, ajungând până la vomă. Medicamentele recomandate sunt și ele numeroase, de exemplu oral-tinctura de valeriană eterată, eter pe zahăr, picături de zahăr, vomitive.

Dintre metodele eroice enumerăm: simpla puncţie lombară, anestezie generală 30-60 minute, injecţie intravenoasă cu metoclopramid, somnoterapie, psihoterapie. În caz de rezistenţă mare, ca ultime mijloace, pot fi aplicate atacul frenicului prin novocainizare (blocaj prin infiltraţie sau alcoolizare sau frenectomie stânga, apoi dreapta).

Evident că un sughiţ provocat de o cauză banală trebuie să cedeze dupa un timp la una din aceste manevre sau medicaţiile de mai sus, iar uneori cedează spontan. Dacă persistă sau tinde să se cronicizeze, denotând astfel o cauză permanentă mai mult sau mai puţin gravă, atunci găsirea acesteia și înlăturarea sau anihilarea ei devin imperios necesare. Și în aceste cazuri, pentru ușurarea episodică a suferinţei bolnavului, se pot aplica și mijloacele terapeutice simptomatice mai sus menţionate.

Depresia la femei – cauze,

Andrei Chiscu,
psiholog clinician și psihoterapeut

Depresia a fost recunoscută ca tulburare încă din antichitate: o dovedește papirusul Ebers din Egiptul Antic (1550 IC), unul dintre cele mai vechi documente medicale din lume; în acest papirus este descrisă o „tulburare" de mâhnire (descurajare) severă, echivalentă cu definiția modernă a depresiei.

Fiecare dintre noi se confruntă la un moment dat cu probleme dificile, cu situații de pierdere, de dezamăgire, de eșec. Apărută ca răspuns la aceste probleme, tristețea poate fi o emoție umană normală sau o modalitate de adaptare la situații și/sau condiții noi de viață. Uneori, sentimentul de tristețe depășește însă limitele obișnuite, și atunci vorbim despre o tulburare, care afectează viața persoanei în toate domeniile: profesional, familial, interpersonal.
Prevalența depresiei este de două ori mai crescută în cazul femeilor, această diferență între sexe fiind întâlnită în toate țările.
De altfel, cauzele și simptomele depresiei sunt diferite la femei față de bărbați.
Factorii care contribuie la apariția depresiei în cazul femeilor sunt atât de natură biologică, cât și de natură psihosocială.

Cauze biologice

Tulburări premenstruale: fluctuațiile hormonale cauzate de ciclul menstrual pot determina iritabilitate, oboseală, reactivitate emoțională crescută; deși, pentru majoritatea femeilor, aceste simptome sunt moderate, pentru unele dintre ele simptomele sunt atât de severe încât interferează cu funcționarea zilnică, necesitând ajutor de specialitate.
Sarcina și nașterea: multitudinea schimbărilor hormonale care apar în timpul sarcinii și după naștere pot contribui la apariția unui episod depresiv, în special la femeile care prezintă un risc anterior. Multe femei trec, după naștere, prin ceea ce se numește „baby-blues", o stare de tristețe și oboseală considerate normale, care dispar în câteva săptămâni. În cazul în care această stare se prelungește și simptomele se agravează, se stabilește diagnosticul de „depresie postpartum". Depresia postpartum trebuie depistată și tratată timpuriu, pentru a evita sau a scădea efectele negative pe care le poate avea asupra relației mamă-copil și asupra dezvoltării armonioase a copilului.
Premenopauza și menopauza: schimbările hormonale, care conduc treptat la pierderea fertilității, joacă și aici un rol important, crescând semnificativ riscul femeilor de a dezvolta un episod depresiv.
Hipotiroidismul: femeile prezintă o incidență mai crescută a bolilor de tiroidă. Hipotiroidismul poate cauza depresie, motiv pentru care este necesar ca medicul să excludă aceasta problemă în cazul oricărei femei care prezintă simptomatologie depresivă.

Cauze psihologice

Stima de sine: femeile prezintă un risc mai mare de a avea o stimă de sine scăzută, aceasta contribuind la apariția depresiei.
Abuzul fizic și sexual: fetele au un risc mai crescut decât băieții să devină victime ale abuzului sexual, studiile arătând că abuzul sexual în copilărie reprezintă o cauză a dezvoltării depresiei la maturitate. Alte forme de abuz, precum abuzul fizic sau hărțuirea sexuală, sunt de asemenea factori de risc întâlniți mai degrabă la femei.

Cauze sociale și culturale ale depresiei la femei

Rolul de gen: studiile arată ca vulnerabilitatea femeii la depresie crește atunci când aceasta are de îndeplinit mai multe roluri (soție, mamă, an-

simptome și tratament

gajată etc.). Depresia este mai comună femeilor care nu primesc ajutor la treburile casnice și la îngrijirea copiilor, o categorie cu risc crescut fiind mamele singure.
Inegalitatea între sexe: Inegalitatea între sexe poate determina discriminare la locul de muncă, conducând chiar la șomaj. Statutul socioeconomic scăzut reprezintă, de asemenea, un factor social implicat în apariția depresiei.

În majoritatea cazurilor se întâlnesc următoarele simptome:

- Tristețe, anxietate, descurajare sau sentimentul de „gol"
- Lipsa de speranță și/sau pesimism
- Sentimente de vinovăție și/sau inutilitate
- Lipsa chefului, a interesului și a plăcerii în legătură cu diferite activități obișnuite (muncă, familie, activități casnice, hobby-uri sau activități plăcute, inclusiv sex)
- Iritabilitate și neliniște
- Oboseală și energie scăzută
- Dificultăți de concentrare și de a lua decizii
- **Probleme de somn:** insomnie sau hipersomnie
- Probleme de alimentație (scădere sau creștere în greutate)
- Gânduri sau tentative de suicid

Simptome fizice:

Dureri, disconfort gastrointestinal etc.
Cei din jur (familia, prietenii, colegii) pot observa modificările comportamentale cauzate de depresie: izolarea socială, limitarea activităților plăcute, reducerea activităților zilnice (ex. activități casnice – curățenie, gătit etc.), neglijarea aspectului fizic și a îngrijirii corporale.
În general, femeile au tendința de a se autoculpabiliza pentru dispoziția depresivă și, de aceea, sentimentele de vinovăție sunt mai frecvente în cazul femeilor decât al bărbaților.

Factorii de risc

- Istoric familial de tulburări de dispoziție
- Pierderea unui părinte înainte de vârsta de 10 ani
- Istoric de abuz sexual sau fizic în copilărie
- Folosirea contraceptivelor orale
- Tratamentul infertilității cu gonadotropine
- Lipsa suportului social
- Expunerea la stresori psihosociali (ex. pierderea jobului)

Tratamentul depresiei

Poate fi realizat fie prin medicație, fie prin psihoterapie, fie printr-o combinație între cele două. Decizia privind cea mai eficientă metodă de tratament trebuie să țină cont de particularitățile fiecărui pacient în parte.
Tratamentul medicamentos este recomandat de medicul psihiatru, în urma unei evaluări a stării generale de sănătate, a severității simptomatologiei, a tratamentelor anterioare etc. Tratamentul medicamentos trebuie urmat așa cum este prescris de medic.

O altă metodă de tratament validată științific este psihoterapia cognitiv-comportamentală. Terapia cognitiv-comportamentală are o eficiență crescută în tratamentul depresiei, studiile clinice arătând că efectele pozitive ale psihoterapiei sunt comparabile cu cele datorate medicației. Rezultatele obținute prin psihoterapie se mențin și după terminarea tratamentului. În cazul depresiei severe, psihoterapia este însoțită de tratament medicamentos.

Atât medicația cât și intervenția psihologică pot fi însoțite și de alte metode care cresc eficiența tratamentului - spre exemplu, un regim alimentar care să corecteze posibilele carențe nutriționale, un program de exerciții fizice sau participarea la grupuri de suport.

Piciorul plat sau platfusul

Dr. Med. Gheorghe Crăciun

Alinierea complicată a oaselor, mușchilor și tendoanelor din picioare formează un arc transversal (metatarsian) și un arc longitudinal (în lungime). Aceste arcade elastice permit o distribuție uniformă a greutății corpului de-a lungul picioarelor. Ele joacă un rol important în biomecanica mersului și permit adaptarea la mersul pe diferite suprafețe cu diverse grade de denivelări.

La naștere avem cu toţii picior plat, care, după dezvoltarea bolţilor plantare, se corectează. La unii oameni apar totuși inflamaţii și dureri în ligamentele feţei inferioare a piciorului, monturi și bătături (hiperkeratoza). În aceste cazuri se poate produce un dezechilibru muscular, cu probleme în articulaţiile gleznelor, genunchilor și coloanei vertebrale lombare. Greutatea excesivă, slăbirea ţesuturilor de susţinere sau suprasolicitarea pot duce la o slăbire suplimentară a arcadelor plantare, accentuând căderea acestora. Solicitarea excesivă a piciorului anterior, cu turtirea arcadei transversale (metatarsiană), cu creșterea presiunii exercitate asupra nervilor și vaselor sanguine regionale, poate duce la dureri, uneori dramatice, cu imposibilitatea de a continua mersul.

Diagnosticarea piciorului plat se face prin examinare clinică, deci depinde foarte mult de pregătirea și interesul medicului pentru aceasta afecţiune. Supraevaluarea acestei deformităţi, dar și bagatelizarea ei aduc prejudicii pacienţilor. Tratamentul piciorului plat este necesar când apar durerile și tulburările de mers. Gimnastica medicală la copii este extrem de dificilă, dar poate aduce rezultate bune când se face consecvent și profesional. Purtarea de suporturi plantare adecvate împiedică evoluţia bolii și reduce substanţial durerile, mai ales atunci când este adaptată la fiecare caz în parte. Suporturile plantare, așa-zis „universale”, cumpărate din magazin, pot ajuta în cazurile ușoare, dar au un efect nefavorabil în cazurile mai avansate de picioare plate.

Dezvoltarea impetuoasă a tehnicii a dus la diagnosticarea cu precizie a diverselor deformaţii ale picioarelor, ca și la introducerea unei noi tehnologii și a unor materiale performante în realizarea suporturilor plantare. Este vorba despre aparate de măsurare digitală exactă a presiunilor din talpă în timpul mersului, care, după o evaluare medicală competentă, permite realizarea de susţinătoare plantare personalizate, la confecţionarea cărora se folosesc materiale speciale, adaptate la nevoile fiecărui pacient.

Complicaţiile picioarelor plate, cum ar fi halucele valg avansat (monturile), necesită deseori intervenţii chirurgicale de corecţie, care trebuie făcute de ortopezi cu experienţă, pentru a evita eșecurile, care uneori sunt dezastruoase pentru pacienţi.

Rapid · Eficient · Vizibil... în infecțiile urinare

- Infecţia urinară este una din condiţiile patologice frecvente, întâlnită cu incidenţă mai mare la femei, datorită particularităţilor anatomice, în special vecinătatea între orificiul urinar şi anus.
- 50% dintre femei suferă cel puţin o dată în viaţă de o formă de infecţie urinară, agentul patogen cel mai frecvent implicat fiind bacteria *Escherichia coli*, responsabilă de producerea a 85% din infecţii.

Pentru prevenirea şi tratarea infecţiilor urinare, Fiterman Pharma a creat gama Uractiv: capsule şi plicuri.

- **Uractiv capsule** conţine extract de strugurii ursului (*Arctostaphylos uva ursi*) standardizat în arbutină 20% şi albastru de metilen (*Methylthioninium Chloride*).
- **Uractiv Drink** conţine extract de strugurii ursului (*Arctostaphylos uva ursi*) standardizat în arbutină 20%, extract uscat din rizomi de pir (*Agropyron repens*), ulei esenţial de anason stelat purificat (*Illicium verum*), şi ulei esenţial de mentă (*Mentha piperita*).
- **Uractiv** este indicat în tratamentul afecţiunilor inflamatorii moderate şi uşoare ale tractului urinar inferior: **cistite, uretrite, în prevenirea infecţiilor urinare recidivante, în prevenirea extinderii infecţiei la nivelul tractului urinar superior precum şi a complicaţiilor, în tratamentul microlitiazei renale.**

Uractiv acţionează ca un bactericid, antiinflamator şi diuretic. Prin cumulul acţiunilor principiilor active se realizează diminuarea rapidă a simptomatologiei.

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

Inhibarea de către URACTIV a *Escherichia coli* (inocul de 0,75 x10^7 UFC/ml) în mediu solid.

Inhibarea de către URACTIV a levurii *Candida albicans* (inocul de 0,26 x10^7 UFC/ml) în mediu 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 mirosul neplăcut datorat infecțiilor
- Previne recidivele și complicațiile
- Colorează urina în albastru datorită albastrului de metilen
- Reduce retenția de apă.

www. fitermanpharma.ro

Tehnici de bio

Dr. Georgiana Tache
Med. pr. fizioterapie, recuperare medicală, Dr. şt. medicale

Ne amintim că biofeedback este o tehnică de medicină complementară sau alternativă cu ajutorul căreia o persoană se antrenează să-și îmbunătățească starea de sănătate, pe calea controlului voluntar. Această tehnică a evoluat către o metodă terapeutică prin care se învață pacientul cum să-și modifice sau să-și controleze reacțiile fiziologice ale organismului prin schimbarea gândurilor, emoțiilor sau comportamentului. Prin urmare, această tehnică este eficientă în tratarea afecțiunilor de natură somatică (organică sau disfuncțională), dar și în tulburări psihice precum: anorexia nervoasă, anxietatea, depresia, autismul, stresul, astmul bronșic, efectele secundare ale chimioterapiei, constipația, afecțiuni cardiace, hipertensiunea arterială, incontinențe sfincteriene, sindromul de colon iritabil, sindromul algic cronic, nivelul performanței fizice, afecțiuni vasculare precum sindromul Raynaud (caracterizat printr-o scădere a fluxului sanguin la nivelul extremităților degetelor, nasului, urechilor), diabetul zaharat, cefaleea și sindromul migrenos, kinetoza sau răul de mișcare, epilepsia, torticolis sau alte spasme musculare, durerile de spate, disfuncționalități de natură sexuală, sechele ale traumatismelor cranio-cerebrale și vertebrale.

Studiile au arătat că, prin tehnica de biofeedback, li se poate induce somnul persoanelor care suferă de insomnie. Alte studii au sugerat faptul că se poate reduce riscul evenimentelor cardiace prin scăderea valorilor tensiunii arteriale și a răspunsului organismului pe calea sistemului nervos vegetativ simpatic, care apar pe parcursul stării de stres.
Deşi studiile efectuate nu au putut explica modul în care acţionează sau motivele pentru care funcţionează tehnica de biofeedback ca o metodă terapeutică de succes, o mulţime de persoane au beneficiat de pe urma acestei metode, neexistând efecte adverse. Numitorul comun al acestor persoane îl reprezintă starea de stres, responsabilă de apariţia sau agravarea simptomatologiei pentru care pacienţii se prezintă la medic. Din acest motiv, oamenii de ştiinţă consideră că relaxarea reprezintă cheia succesului terapeutic pe calea tehnicii de biofeedback. Aceasta, deoarece starea de stres activează reacţii prin care creşte tensiunea sanguină, iar cu ajutorul unui terapeut specializat în tehnicile de biofeedback învăţăm cum să scădem valorile tensiunii sanguine pe calea relaxării şi a exerciţiilor, efectuate iniţial mental. Când terapia reuşeşte şi rezultatele apar pe ecranul monitorului, apare şi motivaţia pacientului, care se simte încurajat să continue efortul.

Sunt mai multe tipuri de biofeedback frecvent utilizate, în funcție de suferința pacientului și de obiectivele propuse:

1. Tehnica de biofeedback electromiografic oferă informaţii asupra tensiunii musculare, ceea ce permite adoptarea unei anumite tehnici de relaxare musculară progresivă sau anumite tehnici vizuale. Pe această cale s-a reuşit să se reducă durerea, redoarea matinală şi sensibilitatea de la nivelul punctelor sensibile din cadrul fibromialgiei.

feedback

2. Tehnica de biofeedback termic oferă informaţii referitoare la temperatura tegumentului la nivelul degetelor de la mâini și de la picioare. Sunt atasaţi senzori care măsoară temperatura mâinilor, în timp ce pacientul încearcă să o crească, deseori prin tehnici de vizualizare sau imaginaţie ghidată. Atunci când temperatura corpului scade sub influenţa stresului, se mai recomandă și practicarea unor tehnici de relaxare pentru diminuarea efectelor acestuia. Tehnicile de biofeedback termic ajută la atenuarea sindromului migrenos, dar și a cefaleei la tineri și copii.
3. Tehnica de măsurare a răspunsului galvanic al pielii, cu ajutorul senzorilor care măsoară activitatea secretoare a glandelor sudoripare din piele, este în măsură să indice gradul de anxietate al pacientului. Astfel, se poate recomanda practicarea unor tehnici de relaxare adecvate.
4. Tehnica de biofeedback prin modificarea ritmului cardiac, care contribuie la reglarea ritmului cardiac prin îmbunătăţirea tensiunii arteriale, a funcţiei pulmonare, dar și prin atenuarea stresului și anxietăţii.
5. Tehnicile de neurofeedback cu înregistrarea activităţii undelor cerebrale pe electroencefalogramă (EEG) pot fi utile ca metodă terapeutică, în special la copii. Tehnica de EEG neurofeedback, mai ales atunci când se utilizează în combinaţie cu terapia cognitivă, s-a dovedit că a îmbunătăţit scorul comportamental și al inteligenţei la copiii cu deficit de atenţie prin hiperactivitate nervoasă (attention deficit hyperactivity disorder).

Unelte diagno
în alergia alimentară

Dr Raluca Greblescu
medic specialist
alergologie și imunologie

Evaluarea pacientului cu posibilă alergie alimentară este un exercițiu clinic care include o combinație de teste diagnostice, deși nu toate aceste elemente diagnostice sunt necesare pentru toți pacienții: istoric și examen fizic, teste cutanate alergologice, teste „in vitro", teste gastroenterologice, dieta de eliminare și teste de provocare orală.

Orice evaluare alergologică începe cu istoricul detaliat al pacientului și examen fizic, istoricul clinic fiind critic în diagnosticul alergiei alimentare. Vom discuta aici caracteristicile generale ale testelor diagnostice la pacienții suspectați de alergie alimentară. Testele cutanate prick și testele „in vitro" se efectuează la pacienții cu alergie alimentară mediată IgE, deși dieta de eliminare, jurnalul alimentar și testele de provocare sunt aplicabile în numeroase tipuri de alergii alimentare, mecanismele de apariție fiind numeroase.
Investigațiile gastroenterologice (endoscopia digestiva superioara/inferioara și biopsia gastrointestinală) au indicație în evaluarea alergiei alimentare non-IgE mediate și bolilor gastroenterologice eozinofilice.

Testele alergologice (teste cutanate sau „in vitro")

Trebuie întotdeauna interpretate în contextul istoricului clinic al pacientului. Istoricul clinic este necesar pentru estimarea probabilității pre-testare existenței unei boli alergice. Sensibilitatea și specificitatea testelor cutanate cu alimente (și alte alergene) au fost definite pentru majoritatea alimentelor comune, însă valoarea lor nu a fost determinată sau validată pentru multe alimente. Iată de ce, probabilitatea pre-test este esențială pentru un diagnostic corect.

Testele cutanate

se folosesc în mod obișnuit în evaluarea alergiei alimentare IgE mediate. Testele cutanate alergologice trebuie efectuate doar de către medici specialiști alergologi familiarizați cu tehnica efectuării acestor teste și în cabinete dotate cu echipamentul și medicația necesare, inclusiv personal medical capabil să trateze o reacție anfilactică. Testele intradermice nu trebuie să se efectueze în evaluarea alergiei alimentare.

Când se recomandă testul cutanat?

Testele cutanate sunt folosite corect atunci când sunt efectuate pentru a investiga o reacție posibil IgE mediată la un pacient cu istoric clinic sugestiv pentru alergie (o mare probabilitate pre-test). Este de asemenea eficient să se excludă alergia IgE mediată, în mod deosebit la pacienții cu o probabilitate mică pre-test. Din cauza specificității scăzute a testelor cutanate cu aliment, ele nu trebuie folosite ca screening la pacienții alergici cu un panel extins de alergene, deoarece putem

stice la îndemână

obţine rezultate fals pozitive. Testele cutanate se efectuează cu un minim discomfort al pacientului, rezultatele sunt citite la 15 minute şi pot fi efectuate în siguranţă la orice vârstă, cu menţiunea că pielea copiilor fiind mai puţin reactivă, putem obţine mai multe rezultate fals negative în acest sector de vârstă. Cu toate acestea, rezultate pozitive pot fi obţinute la copii cu istoric de alergie alimentară. Din nefericire, la copiii sub 4 ani ne putem confrunta cu reacţii sistemice la testare mai frecvent decât la celelalte grupe de vârstă.

Testele cutanate prezintă sensibilitate mare, dar specificitate moderată. Sensibilitatea şi specificitatea testelor prick pentru diagnosticul alergiei alimentare sunt estimate la peste 90% şi aproximativ 50%. Sunt importante calitatea extractului alergenic folosit şi gradul de pozitivitate.

Calitatea extractelor alergenice

Disponibile pentru testarea alergologică este în general bună, dar există variabilitate între anumite alimente. De exemplu, extractele de lapte, ou, alune, soia, peşte, carne sunt sigure, dar în extractele comerciale din fructe şi vegetale, alergenul fiind labil, este alterat în timpul procesării. De aceea, în situaţia în care este necesară testarea la fructe sau legume, se recomandă testul „prick-by-prick" cu fruct (sau legumă) proaspat, care se corelează mult mai bine cu reactivitatea clinică decât testul cu extracte comerciale, pentru multe alimente. Într-un studiu pe copii cu alergii alimentare, de exemplu, concordanţa între testul cutanat şi testul de provocare orală a fost 59% pentru extractul comercial şi 92% pentru alimentul proaspat.

Testele cutanate intradermice

După cum am mai spus, nu ar trebui efectuate pentru evaluarea alergiei alimentare, neaducând informaţii suplimentare pentru diagnostic şi prezentând risc crescut de reacţii sistemice faţă de testul prick. De notat că există citate în literatura de specialitate cazuri de deces la testarea intradermică cu aliment.

Pentru diagnosticul alergiei alimentare non-IgE mediate exista un alt tip de test, ce implică aplicarea topică cutanată a soluţiei ce conţine aliment, pentru 48 de ore. Testul se numeste „atopy patch test" şi se foloseşte în momentul de faţă în sfera de cercetare, deoarece nu există alergene standardizate sau ghid de interpretare.

Testele „in vitro"

Sunt folosite cu scopul de a indentifica anticorpii IgE specifici în serul pacientului. Rezultatele se raportează în procente, clase sau valori ce compară cantitatea de anticorpi de tip IgE din serul pacientului cu o curba standard. O concentraţie mare de anticorpi IgE specifici la aliment se corelează cu creşterea probabilităţii de reacţie alergică la ingestia respectivului aliment.

Dieta de eliminare şi jurnalul alimentar pot fi uneori utile în identificarea antigenului incriminat în reacţia alergică sau a antigenelor „ascunse".

Testul de provocare orală cu aliment

Rămâne standardul de aur în diagnosticul alergiei alimentare. Trebuie efectuat de către specialistul alergolog, în cabinet echipat corespunzator pentru tratamentul unei reacţii anafilactice.

Există şi alte metode serologice nevalidate, care, evident nu se recomandă a fi efectuate în diagnosticul alergiei alimentare.

„Am ales ortopedia cu gândul că voi renunța la ea. M-am răzgândit”

Un profesionist de excepție în ortopedie, doctorul Gheorghe Popescu „repară”, de peste 30 de ani, cu iscusință inginerească, fracturile și problemele oaselor. A știut încă din școală că va ajunge doctor, însă destinul a aranjat în așa fel lucrurile încât tânărul absolvent de medicină să ajungă la ortopedie, nu la ginecologie, așa cum ar fi vrut.

Dorința de a deveni medic este legată de un eveniment din copilărie, care l-a determinat să se îndrepte către facultatea de medicină. „Am decis că trebuie să mă fac medic în clasa a 7-a, atunci când mama a trecut tangențial pe lângă moarte. Într-o noapte a avut o hemoragie internă puternică, a fost luată de salvare și dusă la spitalul comunal. Un medic cu o asistentă au operat-o în acel mic spital și i-au salvat viața. Acesta a fost momentul în care am decis că trebuie să mă fac doctor”, povestește dr. Gheorghe Popescu. „Mai târziu, în perioada liceului, m-am pregătit pentru a realiza ceea ce-mi propusesem și am reușit. La mijlocul anilor ’70 eram student la Universitatea de Medicină din București. Trebuie să știți că pe toată durata facultății mă pregăteam să devin ginecolog”. Pasiunea pentru obstetrică și ginecologie i-a fost insuflată și de vărul său, prof. dr. Gabriel Bănceanu, care dăduse la medicină cu șase ani înainte și alesese această specializare. Dar, la absolvirea facultății, dr. Gheorghe Popescu nu reușește să se califice pentru un post de obstetrică-ginecologie și alege ortopedia ca opțiune provizorie. „Am ales ortopedia cu gândul că voi renunța la ea în anul următor și-mi voi da examenul de secundariat pentru obstetrică ginecologie, dar dr. Protopopescu m-a convins să rămân.”

Respingere, acceptare și dăruire

Relația doctorului Popescu cu ortopedia n-a fost de la început una extraordinară, însă cu timpul nu doar că a acceptat să se specializeze în acest domeniu, dar a ajuns să facă totul cu multă pasiune și dăruire, dezvoltând mult această specialitate medicală.

„Prima interacțiune cu ortopedia a fost una tristă și urâtă, pentru că atunci se făcea o altfel de ortopedie. Era așa-numita ortopedie albă - pacientului i se punea gips și așteptai să se vindece, nu era chirurgicalizată”, spune cu multă sinceritate dr. Popescu. „Mie mi-a fost urât, doar nu eram zugrav să stau cu coiful de gât”, râde doctorul. „Nu-mi plăcea pentru că era prea mult gips, însă dr. Protopopescu mi-a spus să rămân pentru că domeniul va evolua. Și uite că a avut mare dreptate. Mie a început să-mi placă mult domeniul după ce am finalizat secundariatul și am început să lucrez singur”.

Doctorul Popescu s-a format ca profesionist la Spitalul Brâncovenesc, acolo unde în anii ‘70-’80 se formau cei mai buni ortopezi din țară. Ulterior a lucrat la spitalele CFR și Floreasca, unde a devenit șeful Secției de Ortopedie și Traumatologie.

În anul 1984 a devenit operator principal, iar de atunci cea mai mare parte a timpului și-o petrece în sala de operație. Zilnic are aproximativ 4 operații, pe care și le organizează în funcție de gradul de dificultate. „Sunt cazuri pe care le pregătesc din timp, aleg tehnica operatorie, analizez detaliile și-mi fac o strategie, însă am și cazuri care au devenit o rutină”.

Succesul unei operaţii depinde mult de echipa cu care lucrezi, spune doctorul Popescu. „Este foarte important să ai aceeași echipă, deoarece cunoști timpii în care trebuie să te încadrezi, știi gesturile fiecărui membru al echipei, știi cum reacționează și astfel ajungi să te completezi și să realizezi ceea ce ți-ai propus. Altfel, indiferent cât de bună ar fi prima mâna, dacă nu ai echipa care să te ajute, nu reușești să ai rezultatul pe care ți-l propui". Acesta este și motivul pentru care dr. Gheorghe Popescu nu-și schimbă niciodată echipa cu care lucrează.
Întrebat care sunt calităţile unui bun ortoped, dr. Popescu spune că „în ortopedie, ca în orice specialitate chirurgicală, trebuie să știi ceea ce poţi face și care-ţi sunt limitele. Dacă încerci să faci mai mult decât știi să faci, șansele ca să greșești sunt foarte mari, iar pacientul suportă consecinţele. Pe lângă pricepere și cunoaștere trebuie să te ajute și Dumnezeu. În cadrul unei operaţii se pot întâmpla tot felul de lucruri, iar noi nu putem controla întotdeauna tot".

De ce a ales să vină în privat

La finalul anului trecut, dr. Popescu a ales să se alăture echipei de medici ai Spitalului de Ortopedie și Traumatologie MedLife și să ofere pacienţilor toată expertiza de care dispune. Totodată, în cadrul spitalului, dr. Gheorghe Popescu coordonează echipa de medici din funcţia de director medical. Potrivit doctorului, profesionalismul și condiţiile deosebite sunt motivele care l-au determinat să accepte invitația de a activa în cadrul acestui spital. „La MedLife am întâlnit o nouă abordare, alte valori și principii care vizează atât medicii cât și pacienţii. Aici medicul are mult mai multă disponibilitate pentru pacient, îi oferă mai mult timp, și-i explică în detaliu în ce constă problema sa de sănătate. Pe de altă parte, pacientul are alte așteptări de la doctori. Totodată, în Spitalul de Ortopedie MedLife avem la dispoziţie cele mai moderne tehnologii și condiţii pentru a trata tot spectrul afecţiunilor ortopedice".

Un om împlinit

Crede că a reușit să facă tot ce și-a dorit în viaţă și destinul l-a împins acolo unde trebuia să fie. „N-am forţat niciodată nota. Am visat să ajung să lucrez la Spitalul Floreasca și am ajuns acolo fără ca eu să insist foarte mult. La fel cum a fost cu ortopedia, n-am ales-o eu, m-a ales ea pe mine. Cred că am avut un parcurs lin, m-a păzit Dumnezeu până acum și m-a făcut să fac exact ceea ce trebuie să fac".

Persoană deschisă, doctorul Popescu se crede un om obișnuit și nu are pasiuni deosebite. Iubește mult animalele și, chiar dacă are permis de vânător, spune că n-a tras niciodată un foc de armă. Astfel, și în viaţa din afara spitalului, doctorul Popescu rămâne fidel raţiunii pentru care a ajuns medic, și anume raţiunea de a salva vieţi și a ajuta persoanele în suferinţă.

Conf. dr. Gheorghe Popescu,
medic primar ortopedie

24-25-26-27 Mai

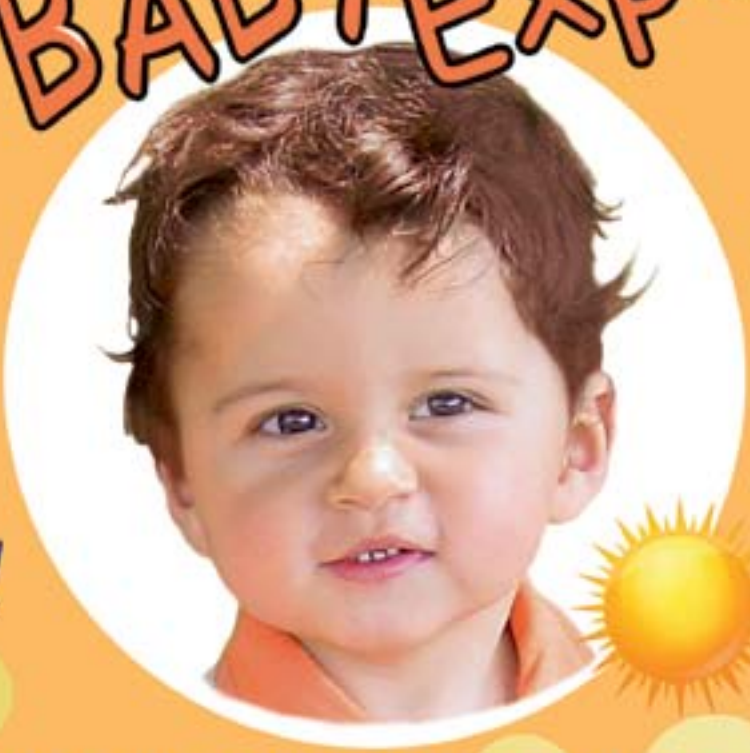
Sala Polivalentă București

Zilnic între 10.00 și 19.00 (Duminică până la 16.00)

- Ediția 35 de Vară -

Clubul Gravidei

BABY Expo



Salonul dedicat nou-Născutului, Copiilor între 0-5 ani, viitoarelor Mămici și tinerilor Părinți

www.babyexpo.ro

farmacia MEDICALĂ

• articole pentru nou-născuți • puericultură mică și mare • jocuri și jucării •
• îmbrăcăminte și încălțăminte • mobilier și decorațiuni •
• produse alimentare și de igienă • cosmetice • cărți și CD-uri educative •
• vestimentație pentru gravide • servicii de organizare botezuri și petreceri pentru copii •
• asigurări • centre medicale • grădinițe, etc.

Cea mai mare sărbătoare a Gravidelor și a Bebelușilor din România !

© 2012 - General Expo SRL