Anul VIII ■ Nr. 153 / 5 Mai 2012 www.saptamanamedicala.ro

153

FIN WATCH

săptămâna MEDICALĂ

Alergiile de sezon pot fi tratate la clinicile Gral Medical
(specialişti cu renume, tratamente moderne)

Cardul Favor vă oferă reduceri de până la 20%

GRAL MEDICAL

Clinica Gral Colentina vă oferă servicii de excelenţă în alergologie, dermatologie şi endocrinologie

Şos. Ştefan cel Mare, nr. 19-21, sector 2, Bucureşti (în incinta Spitalului Colentina)
Tel./ Fax: 021/317.83.95, Mobil: 0730.025.818

DIN SUMAR

Despre durerile de spate 6
Dilataţiile venoase superficiale 9
Nu îmi plac ochelarii, dar... 13
Cum combatem eficient celulita 16

Protecţia solară 14

Revitaminizarea organismului primăvara 18

Creşterea copilului 22

Siropurile naturale
necesare dezvoltării copiilor

În perioada rece, organismul tău este supus acțiunii diferiților factori nocivi: frig, stres, oboseală etc. Toamna și iarna nu mai ai energia din timpul verii și acest lucru îți afectează randamentul și starea de sănătate.

Siropurile sunt o sursă naturală de nutrienți care măresc rezistența organismului față de infecții, față de anemie și ajută copiii să se adapteze la eforturile fizice și intelectuale.

Iată câteva siropuri naturale care au diverse efecte benefice pentru copiii noștri:

Sirop de ceapă
util în cazul tusei din angină și faringită;

Sirop cu hrean
util în caz de tuse și răceală; tratamentul durează 10 zile;

Sirop cu eucalipt
util în răceală și tuse;

Siropurile de cătină
cresc puterea de concentrare și au efect energizant, antigripal, întărind sistemul imunitar;

Siropul de măcese
este vitaminizant, tonic, având proprietatea de a întări organismul; de asemenea, grăbește vindecarea gripei, scade temperatura corpului în timpul acceselor de febră și crește pofta de mâncare.

Siropul de pătlagină
calmează tusea și este expectorant, recomandat în afecțiunile căilor respiratorii, în laringite, bronșite, în cazul tusei convulsive, dar și pentru eliminarea limbricilor.

Cine fragmentează programul de consultații

Sunt situaţii în care programul de consultaţii al medicului este fragmentat, întrerupt sau amânat în mod nejustificat şi în defavoarea pacientului. Între acestea „momente" pot fi: chemarea medicului la director, vizita unui reprezentant medical sau practica unor medici de a se ocupa prioritar de lucrări pentru diferite grade medicale.

Desigur, toate aceste aspecte care frustrează pacienţii aflaţi în plin consult sau în aşteptare, ar putea să lipsească dacă nu s-ar uita că el, pacientul ar fi pus pe primul plan. Într-adevăr, pentru ca programul de consultaţii medicale să se desfăşoare normal, este nevoie de un respect total pentru pacient din partea celor implicaţi direct sau indirect la actul medical.

În primul rând, directorul instituţiei medicale ar trebui să dea tonul unui comportament de respect pentru pacient, inclusiv printr-un regulament care să aşeze pe poziţie prioritară omul în suferinţă. În acest caz şefii ierarhici ai medicilor i-ar apela pe aceştia numai în afara programului de consultaţii sau măcar şi-ar reduce durata întreruperilor. Ştiu un caz în care pacientul a fost abandonat în aparatul de CT pentru ca medicul să poarte o lungă discuţie telefonică cu directorul său. Sau un alt caz în care tot personalul unei secţii a fost chemat la conducere lăsând pacienţii să aştepte o durată nedeterminată.

Sunt de acord cu necesitatea vizitelor reprezentanţilor medicali, care dau posibilitatea medicilor să fie la curent cu tot ce apare nou, medicamente, aparatură medicală, dar nu luând din tipul pacienţilor ci într-un cadru perfect organizat şi reglementat, din nou dând întâietate pacientului. În multe cabinete se intră şi se iese chiar când afară sunt pacienţi care aşteaptă la rând.

De asemenea, ridicarea nivelului profesional al medicilor este foarte necesară, meritorie şi legitimă, inclusiv prin susţinerea de lucrări cu caracter ştiinţific, universitar, de cercetare sau pentru grad. Titulatura medicului va da pacientului un plus de încredere în priceperea acestuia, lucru deosebit de important. Dar, până la urmă, va străluci cu adevărat în carieră, aşa cum o spun secole de practică medicală, doar acei medici pentru care nu stă nimic între ei şi pacienţi, nici chiar propriile interese.

Călin Mărcușanu

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Medicii împotriva bolilor cronice netransmisibile 4
Menopauza la femei cu diabet..... 5
Despre durerile de spate 6
Dilatațiile venoase superficiale..... 9
Riscul piciorului diabetic: tratament și prevenție 10
Nu îmi plac ochelarii, dar..... 13
Protecția solară – obligatorie pentru o piele sănătoasă!..... 14
Cum combatem eficient celulita.... 16
Revitaminizarea organismului primăvara 18
Ecografia de sarcină, ginecologică și de sân 20
Creșterea copilului 22
Cum facem față alergiilor respiratorii? 24
Osteoartrita - Modalități terapeutice 24
Discopatia vertebrală cervicală..... 28
Atacul de panică..... 30
Triunghiul încrederii 32

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: Tipografia Everest

Medicii împotriva bolilor cronice netransmisibile

Cele mai frecvente boli cronice netransmisibile cauzează mai mult de 63% din decesele din întreaga lume, iar în România statisticile sunt alarmante: 2 din 3 români suferă de boli cardiovasculare, peste 1 milion de români se confruntă cu diabetul, aproape 100.000 sunt diagnosticați cu diferite forme de cancer, 1 milion suferă de astm și 6.5 milioane de români sunt obezi. Despre abordarea autohtona a bolilor cronice netransmisibile ne vorbește dr. Rodica Tănăsescu, președintele Asociației Medicilor de Familie din București (AMFB) și presedinte al Societății Naționale de Medicină de Familie (SNFM).

Alimentaţia neraţională, fumatul, poluarea, obezitatea, sedentarismul, tratamentul inexistent sau incomplet al hipertensiunii arteriale sau al diabetului sunt factorii de risc esenţiali, iar vestea bună este că o bună parte dintre aceştia ar putea fi ţinuţi sub control şi minimalizaţi..

Din păcate, civilizaţia a dus cu ea nu numai beneficii ci şi comodităţi incredibile, hrană nesănătoasă, sedentarism, poluare. Este adevărat că asistăm la o creştere a speranţei de viaţă, lucru care statistic face loc înmulţirii cazurilor de boli care se manifestă preponderent după vârsta de 50-60 de ani.

Prevenţia este singura soluţie eficientă ca şi raport cost tratament / suferinţă şi înseamnă în esenţă un stil de viaţă sănătos, programe de prevenţie şi de screening dar toate acestea nu produc rezultate într-un singur mandat, ci în 10-15 ani. Prevenţia este totuşi singura soluţie rezonabilă pentru viitor, iar terapia propriuzisă va rămâne doar pentru cei deja bolnavi. .

Fiecare medic în parte are responsabilitatea de a face consiliere şi prevenţie în cabinetul său, cu fiecare pacient. Cu atât mai mult medicii de familie, care îşi cunosc de ani şi ani de zile pacienţii si familiile acestora, au datoria să promoveze conceptul de prevenire a bolii.

Cele mai noi descoperiri, tehnologii, metode moderne de diagnostic au scurtat în ultimii ani durata tratării bolilor cronice netransmisibile, reduc procentul deceselor.

Fiecare patologie are şansa astăzi a unor descoperiri care schimbă datele legate de depistarea, tratarea sau evoluţia bolilor cronice. Azi nu mai întâlnim decât arareori pacienţi cu stenoză mitrală reumatismală gravă, nu mai întâlnim atât de mulţi pacienţi în stare de rău astmatic sau cazuri de encefalopatie hipertensivă. Dar încă întâlnim în România mult prea multe paciente cu cancer de col uterin tardiv depistat.

Medicina de familie este, prin esenţa ei o specialitate interdisciplinară. Suntem, de aceea, extrem de conştienţi de importanţa colaborării dintre profesioniştii din fiecare domeniu medical. Unul din scopurile recentului Congres de Boli Netransmisibile a fost acela de a aduna profesioniştii din toate domeniile (diabetologi, cardiologi, nutriţionişti, neurologi, medici de familie, pneumologi, internişti, nefrologi), pentru a îşi uni forţele împotriva flagelului bolilor cronice.

La nivel internaţional, sunt câteva pricipii care se consideră a fi esenţiale: echitatea şansei pacienţilor de a accede la serviciile de sănătate, dezvoltarea asistenţei medicale primare, politicile de sănătate deasupra oricăror altor politici, responsabilizarea indivizilor si a societăţii.

***Dr. Rodica Tănăsescu,** Preşedinte AMFB, Preşedinte SNMF - www.amf-b.ro / www.snmf.ro*

Menopauza la femei cu diabet

În urma cercetărilor, specialista germană în Obstetrică, Prof. Dr. Ingrid Muhlhauser, a ajuns la următoarele concluzii, foarte importante pentru pacienţi:

- Opiniile experţilor sunt frecvent confuze şi greşite.
- Comunicarea informaţiei trebuie să fie onestă, echilibrată, bazată pe evidenţa datelor şi pe înţelesul cititorului
- Simptomele menopauzei trebuie să fie tratate cu doza efectivă cea mai mică de terapie hormonală, pentru timpul cel mai scurt posibil, şi nu trebuie folosită pentru a preveni menopauza.

Diabetul este o afecţiune care a atins proporţii endemice în ultimii ani, iar patologia asociată este cea care afectează nu numai calitatea vieţii, dar şi durata de viaţă în funcţie de evoluţia bolii. În acest caz se vorbeşte despre „ani până la apariţia unei complicaţii". Majoritatea cazurilor de diabet zaharat de tip II apar tot în jurul vârstei de menopauză iar apariţia simptomelor de menopauză se asociază de cele mai multe ori cu agravarea simptomelor diabetice şi grăbesc apariţia complicaţiilor. Menopauza este un eveniment natural în viaţa oricărei femei. Vârsta medie este de 51.3 ani. În Europa, speranţa de viaţă este acum de peste 80 de ani pentru femei, astfel, durata de viaţă în perioada de postmenopauză pentru o femeie este de peste o treime din durata întregii vieţi.

Deşi este un proces absolut fiziologic, menopauza este grevată de apariţia unor modificări care pot afecta calitatea şi uneori chiar durata vieţii. Acestea includ simptome cum ar fi tulburări vasomotorii, modificări psihologice şi psihosomatice, precum şi disfuncţii genitourinare, ca şi consecinţele pe termen lung cum ar fi bolile cardiovasculare, osteoporoza şi boala Alzheimer. Cercetări recente au confirmat prezenţa încă din viaţa intrauterină a unor determinanţi pentru osteoporoză sau ateroscleroză, de aceea la menopauză multe dintre femei pot avea deja prezente modificări ce necesită măsuri de prevenţie secundară. Alte persoane pot prezenta deja fracturi secundare osteoporozei sau infarct miocardic în antecedente care necesită măsuri de tratament specifice.

De aceea măsurile de prevenţie cu adevărat primare fac parte din perioada de premenopauză, realizabile printr-un stil de viaţă sănatos, o nutriţie bună şi exerciţii fizice. Menopauza este un proces fiziologic de modificare a tabloului hormonal si nu necesita tratament. Daca simptomatologia este usoara se poate apela la un tratament la domiciliu pentru ameliorarea starii. Acesta este un ideal pentru toate tipurile de societăţi şi este evident cel mai cost-eficient din punct de vedere al tratamentelor şi a metodelor diagnostice.

Perimenopauza include perioada imediată care precede menopauza (când debutează aspectele hormonale, biologice şi clinice ale apropiatei menopauze) şi primul an după aceasta. Ea cuprinde perioada de instalare a menopauzei şi cea care urmează menopauzei. Se referă la cei 2 până la 8 ani de modificare a nivelului hormonal, incluzând şi simptomatologia asociată, până la instalarea menopauzei. Cel mai frecvent semn de premenopauză este menstruaţia abundentă, adesea neregulată, dată de dereglările hormonale. Majoritatea femeilor au perimenopauza între 39 si 51 de ani.

Menopauza poate fi indusă de diferiţi factori naturali sau iatrogenici (complicaţii induse de o medicaţie incorectă). De aceea, înregistrarea tramentelor care pot avea influenţă asupra activităţii oavriene este importantă în chirugie, chimioterapie, iradiere) sau alte tratamente (stimulare ovaraină în antecedente).

Despre durerile de spate

George Cozmanciuc DRG
http://www.dureridespate.com.ro

Dacă aveți dureri de spate (lombalgie), nu sunteți singuri. Aproape toată lumea a avut la un moment dat dureri lombare care au interferat cu munca, cu activitățile de rutină de zi cu zi, sau cu momentele de recreere.

În Statele Unite, durerea de spate reprezintă a doua cea mai comună boală neurologică – după durerea de cap, pentru care se cheltuiesc anual peste 50 miliarde dolari, ea fiind și cea mai frecventă cauză de invaliditate și pierdere a locului de muncă. Durerile de spate pot fi localizate în partea superioara, mediana sau inferioara a spatelui. La inceput se manifestă ca o ușoară înțepenire a spatelui, apoi apare durere la mers sau la aplecare, apoi o rigiditate treptată se răspândește în întreg organismul.
Durerile pot progresa într-atât încât aproape orice mișcare devine dureroasă. În clinostatism (pozitia culcat), durerea se mai poate ameliora însă ridicarea poate fi dificilă, adică poate implica o mișcare de rostogolire pe podea, urmată de mersul „de-a buşilea" înainte de ridicarea în picioare (ortostatism)!

Cat timp dureaza?

Poate dura până la 6 (șase) săptămâni, iar în 90 % din cazuri este probabil să se întoarcă în decurs de un an.

Cine are dureri de spate?

Durerea apare atât la bărbați cât și la femei, cel mai adesea la vârste cuprinse între 30 și 50 de ani, în parte din cauza procesului de îmbătrânire, dar și ca rezultat al stilului de viață sedentar. Riscul durerilor de spate datorită bolilor de disc vertebral sau degenerare de coloană crește odată cu vârsta.

Apariţia durerilor de spate este mai puţin obişnuită în pre-adolescenţă, la copii. Peste 13.260 leziuni generate de rucsaci supraîncărcaţi cu rechizite şcolare au fost tratate la cabinetele şcolare din Anglia în anul 2000.
Unele persoane sunt mai expuse riscului în funcție de locul de munca. Evident, durerile de spate sunt mai frecvente locurile în care se prestează muncă fizică.
Statul pe scaun este un factor favorizant al apariţiei durerilor de spate, frecvent la şoferi care au condus mai mult de 35.000 km pe an. Similar, persoanele care au o muncă statică, în birou, sunt susceptibile de a avea dureri de spate.
Statul mult timp în poziție ortostatică (în picioare) favorizează apariţia durerilor de spate. Casierele din supermarket-uri, medicii și personalul din sălile de operaţie, artiştii, personalul militar sunt susceptibile de dureri de spate.

Cum este diagnosticată durerea de spate?

- În primul rând, este important de clarificat natura durerii, dacă este durere de spate sau ceva mai grav.
- Durerea ar trebui să fie în partea inferioară a spatelui, sa fie asociată cu mișcarea.
- Durerea nu trebuie să implice membrele inferioare.
- Durerea ar trebui să aiba debut brusc și nu treptat.
- În afara durerilor de spate, pacientul ar trebui sa nu aibă alte suferinţe asociate.
- Nu ar trebui să existe nici o pierdere bruscă de greutate.

Ce altceva ar putea fi (diagnostic diferențial)?

Durerile de spate pot fi confundate cu boala sciatică, cauzată de degenerarea unui disc intervertebral și manifestată de asemenea prin dureri de spate.

KIRINTONE
PLASTURELE TDP

TERAPIE FIZICA CU UNDE ELECTROMAGNETICE TDP

FARA EFECTE ADVERSE
FARA SUBSTANTE CHIMICE CARE SE ABSORB IN PIELE
CEL PUTIN 12 ORE EFECT TERAPEUTIC CONTINUU
USOR DE FOLOSIT, ORICAND SI ORIUNDE

DIFERIT DE TOTI CEILALTI PLASTURI ANTIREUMATICI

TEHNOLOGIE INOVATOARE
TEHNOLOGIE ANTISCURGERE
SISTEM AVANSAT DE INCALZIRE
SISTEM AVANSAT DE PULVERIZARE ADEZIV

IMBUNATATESTE MICRO-CIRCULATIA.
REDUCE INFLAMATIA.
IMBUNATATESTE SI ECHILIBREAZA METABOLISMUL.
REDUCE DUREREA.
CRESTE IMUNITATEA!

KIRINTONE ofera fizioterapie, care este o combinatie activa de medicina traditionala chineza si medicina moderna occidentala.

MECANISM MULTIPLU - 3 MECANISME INTR-UNUL SINGUR

FIZIOTERAPIE CU UNDE ELECTROMAGNETICE TDP	TERAPIE TRADITIONALA MOXIBUSTION*	TERAPIE CU CALDURA CU RAZE INFRAROSII

* moxibustion este o forma de tratament termic care stimuleaza anumite puncte de acupunctura ale corpului

Disponibil doar la comenzi online sau comenzi la telefon

0737 198 911 / 0745 340 708

www.dureridespate.com.ro
E-mail: comenzi@dureridespate.com.ro

Bolile de rinichi, afecţiunile pelvine şi abdominale, pot provoca, de asemenea dureri de spate. Deşi foarte rare, tumorile la nivelul coloanei vertebrale sau al plamânilor şi provoca dureri. Durerea însoţită de febra sau de pierderea controlului vezicii urinare şi tuse, slăbiciune progresivă la nivelul membrelor inferioare, pot indica atingerea unui nerv sau altă afecţiune gravă. Persoanele cu diabet zaharat pot avea dureri severe de spate sau dureri radiante pe picior, asociate unei neuropatii. Persoanele cu aceste simptome trebuie să viziteze imediat medicul.

Care sunt cauzele durerii de spate?

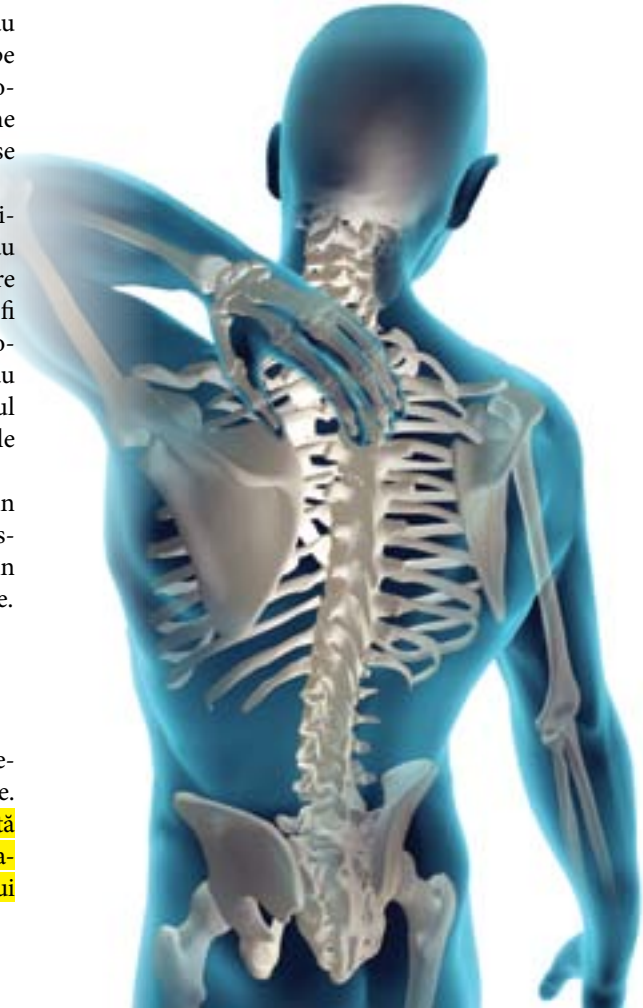
Durerea de spate poate apărea atunci când, de exemplu, se ridică ceva prea greu, provocând o entorsă, ruptură sau spasm într-unul din muşchii sau ligamentele spatelui. În cazul în care coloana vertebrală este excesiv de încordată sau comprimată, un disc intervetebral se poate rupe sau poate migra spre exterior, formând ca o protuberanţă. Această ruptură poate pune presiune pe una dintre cele peste 50 de rădăcini nervoase ale maduvei spinale.

Durerile de spate pot apărea din cauza unor iritaţii a enervaţiei spatelui, iritaţii musculare sau leziuni osoase. Cele mai multe apar ca urmare a unui traumatism la spate, dar durerea poate fi cauzată şi de situaţii degenerative, cum ar fi bolile de disc intervetebral, artrită, osteoporoză sau alte boli osoase, infecţii virale, iritaţii la nivelul articulaţiilor şi discuri sau anomalii congenitale la nivelul coloanei vertebrale.

Obezitatea, fumatul, cresterea în greutate din timpul sarcinii, stresul, starea fizica proastă, postura necorespunzatoare şi pozitiile defectuoase în somn pot contribui la aparoţia durerilor de spate.

Câteva sfaturi pentru un spate sănătos

După orice perioadă de inactivitate prelungită, reluaţi un program regulat de exerciţii fizice uşoare. Alergatul, mersul pe jos, înotul, mersul cu bicicletă 30 de minute pe zi pot creşte rezistenţa musculară. Yoga poate ajuta la corectarea poziţiei spatelui şi întărirea musculaturii. Cereţi medicului o listă de exercitii potrivite vârstei, destinate să vă consolideze partea inferioară a musculaturii spatelui şi muschii abdominali. Purtaţi încălţăminte confortabilă, cu toc jos! La domiciliu sau la locul de muncă, asiguraţi-vă că suprafaţa de lucru este la o înălţime potrivită. Staţi pe un scaun cu suport lombar bun şi luati o poziţie şi înălţime corespunzătoare. Intotdeauna dormiţi pe o suprafaţă fermă. Nu încercaţi să ridicaţi obiecte prea grele. Ridicaţi ajutându-vă de genunchi, ţineţi capul în aliniament cu spatele drept. Nu vă răsuciţi atunci când ridicaţi. Menţinerea alimentaţiei corecte şi a dietei este importantă pentru a reduce şi a preveni greutatea excesivă. O dietă cu aport zilnic suficient de calciu, fosfor şi vitamina D ajută la dezvoltarea de ţesut osos nou. Dacă fumaţi, renunţaţi. Fumatul reduce fluxul sanguin la nivelul coloanei vertebrale inferioare şi provoacă degenerescenţa discurilor vertebrale.



Dilatațiile venoase superficiale

Oana Alina Puiu
Med. spec. chirurgie vasculară, Clinica Ortomed „Alex Bucur", Cluj-Napoca.

Scleroterapia este o metodă de tratament minim invazivă a venelor superficiale, mici, de la nivelul tegumentului și constă în obliterarea acestor vene. Există trei tipuri de vene superficiale care se pretează la această metodă: telangiectazii (acele firișoare mici, roșiatice de la suprafața tegumentului, care au diametru foarte mic, de maxim un milimetru), venectaziile (firișoarele albastre, ceva mai mari, până la doi milimetri maxim) și venele reticulare (cele mai mari vene dilatate, care au intre doi și patru milimetri ca diametru și sunt mai inchise la culoare, albastru cianotic).

Care sunt cauzele?

Ca şi în cazul varicelor, există o frecvenţă foarte mare de apariţie a acestor afecţiuni, la ambele sexe: femeile în proporţie de 40%, bărbaţii 30%. Principala cauză este, ca și în cazul bolii varicoase, moștenirea genetică. „Între 15 și 40% din populație moștenește aceste dilataţii venoase superficiale. Există în acelaşi timp şi cauze secundare, favorizante, care duc la apariţia acestora: în primul rând sarcina, apoi supraponderea, până la diferite grade de obezitate, traumatismele locale și tratamentele pe bază de hormoni- anticoncepţionalele."

Complicații

Ceea ce trebuie să știe pacienţii este însă că, de cele mai multe ori, aceste vene însoţesc o insuficienţă venoasă cronică superficială, care precede apariţia varicelor. "Orice pacient ar trebui, când prezintă o explozie de vene reticulare să se prezinte la un consult de specialitate, o ecografie Doppler, pentru că, cu siguranţă, există ceva și mai profund.", sfătuiește medicul specialist Oana Puia.

De ce scleroterapie?

Femeile vin la medic din motive estetice înainte să apară dilataţii varicoase. Apoi sunt cei care apelează la tratament pentru a scăpa de simptomele neplăcute care însoţesc aceste dilataţii- arsuri, senzaţie de prurit, tensiune gambieră, chiar și durere.

Scleroterapia pe baza de Aethoxysklerol

Există doua variante de tratament a dilaţiilor venoase superficiale: scleroterapia de suprafaţă, cu ajutorul laserului și scleroterapia cu ajutorul unor substanţe (agenţi sclerozanţi) care se injectează în vene și le obliterează. Aceasta este metoda preferată de medicul Oana Puia, fiind minim invazivă și foarte sigură. Substanţa folosită este Aethoxysklerol, sau polidocanol, un detergent care denaturează proteinele din membrana celulară și distruge lumenul venos.
„Prefer acest detergent în primul rând pentru că este considerat și un anestezic local, ceea ce duce la o procedură nedureroasă, lucru important pentru pacienţi. Un alt avantaj este că substanţa vine în concentraţii diferite, care pot fi combinate pentru a trata fiecare tip de venă. De asemenea, Aethoxysklerolul are efecte adverse foarte puţine.", susţine specialistul Oana Puia.

Care sunt efectele adverse și posibilele complicații?

Necroza este unul dintre cele mai citate efecte secundare citate de literatura de specialitate, urmat de alergii locale sau hiperpigmentări ale pielii în zona unde s-a facut terapia.

Indicații post- scleroterapie

Pacienţii care au trecut printr-o procedură de scleroterapie trebuie să poarte o contenţie elastică- fie bandaj, fie ciorapi elastici. Acestea trebuie purtate până la trei săptămâni post-intervenţie.

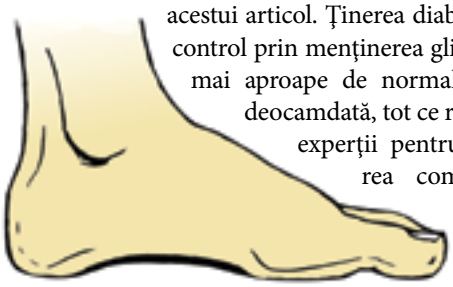
Riscul piciorului diabetic:

Dr. Simion Prună, *BSc(EE) MSc, PhD, Prof. Cercetător științific pr. grad I, membru al European Association for Study of Diabetes (EASD)*

La fiecare 30 secunde, în lume, se amputează un picior din cauza sindromului „piciorul diabetic". Majoritatea amputațiilor încep cu ulceraţia piciorului. Unul din șase cazuri de diabet va avea picior cu ulceraţie. Vestea bună este că, până la 85% dintre amputații pot fi evitate prin cunoașterea acestor probleme de către pacient.

Durerea neuropată (neuropatia dureroasă)

Are un impact substanţial asupra calităţii vieţii prin interferenţa acesteia asupra pacientului în timpul somnului, al activităţilor sale profesionale zilnice, precum şi în momentele de relaxare. Studiile recente arată că durerea cronică neuropată este prezentă la 13-26% dintre pacienţii diabetici. Mecanismele patogenetice ale durerii cronice neuropate sunt puţin cunoscute, iar tratamentele disponibile sunt limitate. Durerea este un simptom neplăcut, care determină pacientul să meargă la medic pentru îngrijire medicală şi tratament (de pildă, cu antidepresive). Când dispare durerea cronică (paradoxal, benefică, pentru că îl face pe pacient să meargă la medic), apare pericolul sindromului de picior diabetic. Acesta face subiectul acestui articol. Ținerea diabetului sub control prin menţinerea glicemiei cât mai aproape de normalitate este, deocamdată, tot ce recomandă experţii pentru prevenirea complicaţiilor diabetului zaharat.



Prevenirea și tratamentul precoce și corect al ulcerațiilor poate reduce numărul amputațiilor cu 50-80%.

Toţi specialiştii în diabet consideră că menţinerea glicemiei între limite cât mai apropiate de normalitate este măsura care previne complicaţiile diabetului şi, o situaţie şi mai neplăcută, privind larvo-terapia piciorului diabetic (terapia infecţiei). Îngrijirea piciorului constă în prevenţie, diagnostic şi tratament. Neuropatia are o pondere de 78% în cauzele ulceraţiilor piciorului. Asocierea neuropatiei cu deformaţii şi prezenţa unor traume sunt critice în 63% din cazuri. 80% dintre ulceraţii pot fi prevenite. Prevenţia constă în faptul că medicul diabetolog trebuie să depisteze, printr-un examen clinic, prezenţa factorilor de risc pentru apariţia unor leziuni. Factorii de risc sunt neuropatia, arteriopatia, leziuni trofice şi infecţii. De exemplu, neuropatia se manifestă prin amorţeli, durere, crampe, senzaţii de picior rece, cald, arsură sau de picior greu. Neuropatia asociată cu consumul excesiv de alcool declanşeaza dureri mari pe durată relativ mare.

Tehnici originale de mare sensibilitate pentru diagnostic în prevenirea amputațiilor

O tehnică folositoare în diagnosticarea piciorului diabetic, dezvoltată cu contribuţia autorului acestui articol, este detectarea răspunsului simpatic sudomotor (RSS) la nivel plantar, bilateral. Aceasta se poate face cu un Recatometru Neurovegetativ (sistemul este computerizat şi este brevetat). Testarea se face cu doi electrozi de suprafaţă conectaţi la un circuit electronic cu autoechilibrare în impedanţă electrodermală.
Metoda de măsurare a fost descrisă de autor în câteva articole publicate în cele mai prestigioase reviste internaţionale de specialitate. RSS s-a de-

tratament și prevenție

tectat pe suprafaţa laterală a tălpii cu o viteză de 3 sec./cm. Se observă unele răspunsuri evocate bine definite, induse prin activarea glandelor sudoripare de către agenții muscarinici colinergici, cu un raport semnal/zgomot foarte mare.
Diagnosticul se pune automat, cu ajutorul unui software pentru analiză, ceea ce face ca investigaţia să fie simplă, uşoară pentru pacient şi sigură pentru medic.
Se ştie că 40-70% dintre amputaţiile membrelor inferioare sunt legate de diabet; 85% dintre amputaţiile induse de diabet sunt precedate de ulceraţii ale piciorului. Din acest motiv, mesajul Zilei Internaţionale a diabetului, din anul 2007, a fost că, prin îngrijirea sănătăţii şi un autocontrol permanent şi informat, este posibilă prevenirea amputaţiilor în majoritatea cazurilor. Un rol central al evenimentului de atunci a constat în efectuarea de teste gratuite ale „Sindromului de Picior Diabetic", care s-au făcut cu plasturele „Neuropad" oferit de firma Telemedica Consulting. Plasturele Neuropad pentru depistare rapidă indică starea de umiditate cutanată a tălpii (depistarea rapidă a sindromului de picior diabetic), metodă utilă pentru practica medicală şi pentru autocontrolul pacienţilor diabetici.
Verificarea cu plasturele Neuropad trebuie efectuată la ambele picioare, în acest scop existând 2 bucăţi de neuropad în fiecare ambalaj. Se scoate câte un neuropad din ambalaj doar înainte de utilizare. Se controlează dacă suprafaţa de reacţie este de culoare albastru intens înainte de testare. Plasturele indicator se manevrează exact ca orice tip de plasture folosit pentru răni. Trebuie să treacă cel puţin 5 minute de la descălţarea de pantofi şi de şosete, pentru a evita apariţia artefactelor cauzate de transpiraţia piciorului. Înainte de aplicare se curăţă cele 2 suprafeţe pe care se va aplica plasturele, cu un şerveţel igienic. Se lipeşte apoi neuropad pe zona intactă de pe talpă sub inserţia degetului mare sau, dacă această zonă este îngroşată, se aplică pe alta neîngroşată. Trebuie avut în vedere ca, în timpul testării, plasturele să nu vină în contact cu un mediu umed. În niciun caz, neuropad nu trebuie să ajungă în contact cu pielea lezată sau inflamată.
După aplicarea plasturelui indicator, pacientul fie simulează mersul, fie stă în poziţie verticală timp de 10 minute desculţ pe o podeaua USCATĂ.(!). Atenţie, baia sau o incintă cu umezeală nu este locul cel mai indicat pentru efectuarea acestui test. Dacă pacientul nu poate merge sau nu poate sta în picioare, el se poate lua loc pe un scaun şi să aşeze piciorul cu toată suprafaţa tălpii pe o podea uscată. După 10 minute se îndepărtează plasturele indicator fără să se atingă compresa şi se apreciază culoarea acesteia.

Starea de normalitate:

Dacă compresa de pe plasturele indicator este în totalitate de culoare roz, starea şi funcţia de apărare ale pielii sunt normale şi intacte; pacientul îşi poate solicita piciorul fără grijă un timp relativ nelimitat.

Disfuncție:

Dacă suprafaţa de reacţie a testului rămâne albastră (neschimbată), există tulburări ale funcţiei pielii. Pielea este prea uscată, nu este elastică şi nu poate fi suficient solicitată mecanic. Pacientul trebuie să-i comunice această stare medicului care îl îngrijeşte, pentru a primi sfaturi despre îngrijirea pielii, deci pentru a preveni dezvoltarea în timp a unui sindrom de picior diabetic.

Pentru diagnosticarea piciorului diabetic cu mijloace de măsurare și obiectivizare electrofiziologică este necesară și complementară investigarea microangiopatiei diabetice periferice. Microangiopatia diabetică se referă la deteriorarea capilarelor și a mecanismului ce reglează perfuzia țesuturilor periferice (distale în cazul piciorului diabetic). Metoda constă în înregistrarea bilaterală a răspunsului tranzitoriu, a pulsului sanguin la nivelul halucelui (degetul mare de la picior). Aceasta s-a făcut cu un mic aparat electronic computerizat, compus dintr-un fotopletismograf și un electrocardiograf, realizat de autorul acestui articol.
Modificările în fluxul sanguin sunt înregistrate atât în stare bazală cât și în timpul unei manevre de activare simpatică periferică adrenergică (indusă de sistemul nervos vegetativ, componenta simpatică). Activarea simpatică periferică adrenergică este dominantă în arterele mici și în arteriolele mari și este indicată atât prin reacție de vasodilatație cât și prin reacție de vasoconstricție.
Diagnosticul se pune automat, cu ajutorul unui software pentru analiza ciclurilor succesive fotopletismografice, și cuantificarea acestora sub forma unui număr de parametri afișați ca rezultate numerice pe monitor în colțul din dreapta sus.

Validarea acurateței și corectitudinii în diagnosticare a acestei tehnologii s-a făcut prin corelarea rezultatelor metodei noastre cu cele obținute în paralel pe aceiași subiecți, cu un Laser Doppler Flowmeter (LDF). Diferența este că tehnologia noastră este mult mai avantajoasă ca preț de cost în raport cu LDF.
Mai multe informații precum si ilustrarea grafica a celor prezentate aici, in mod succint, puteți gasi pe acest Web site: http://www.telemed.ro/stiri/detail/17.html

Autocontrolul glicemiei:

Ultimele recomandări ale specialiștilor în diabet participanți la Conferința European Association for the Study of Diabetes (EASD) de la Roma 2008, Viena 2009 și Stocholm 2010 spun că îngrijirea diabetului trebuie să cuprindă:

- menținerea glicemiei în limite cât mai apropiate de normalitate,
- menținerea hemoglobinei glicozilate (HbA1c) sub 7% (ceea ce corespunde glicemiilor din ultimele 3 luni menținute în intervalul 123-185 mg/dL),
- controlul presiunii arteriale (sistolică /diastolică),
- controlul lipidelor din sânge.

Preocuparea zilnică a pacientului trebuie să fie menținerea glicemiei sub control prin autotestarea de către fiecare persoană cu diabet fie de Tip 1, fie de Tip 2. Nu trebuie să folosiți aparate scumpe pentru controlul glicemiei, deoarece aceasta este foarte variabilă în decursul unei zile. Important este să aveți permanent o orientare asupra limitelor între care se situează nivelul glicemiei dv. Cel puțin o dată pe an, faceți un test de HbA1c, care trebuie să fie sub 7%! Hemoglobina A1c (HbA1c) este un test simplu de laborator care arată ce cantitate de zahăr (glucoza) a fost în sângele bolnavului în ultimele 3 luni, indicator care oferă o idee asupra controlului glicemiei personale.

Mai multe informații despre modul cum vă puteți ține sub control diabetul, despre HbaA1c și despre modul cum puteți preveni complicațiile cronice gasiți pe site: www.telemed.ro

Nu îmi plac ochelarii, dar...

Conf. Dr. Mircea. Filip
Medic primar oftalmolog
Doctor în ştiinţe medicale F.E.B.O.

Deseori aude această afirmaţie un medic oftalmolog, la care trebuie să răspundă în mod profesional! Iată câteva exemple!

Un pacient de peste 40 ani constată că nu mai poate citi la fel de bine ca înainte. Nu e bolnav, este sănătos, dar a apărut prezbiţia, o îmbătrânire a ochiului. Prima soluţie sunt ochelarii. Dar, există şi alternative: lentile de contact multifocale sau operaţie, dar puţini sunt cei care acceptă astfel de variante. Orice atinge ochiul - lentile de contact sau bisturiu - este mai riscant decât clasicii ochelari.

... Un pacient constată că nu mai vede bine nici la distanţă şi nici de aproape. Merge la oftalmolog, i se spune că are nevoie de ochelari, atât pentru distanţă cât şi de aproape.

Este o problemă purtatul ochelarilor? Poate fi, pentru că ochelarii îţi pot afecta imaginea, te pot face "bătrân", cu toate consecinţele, mai ales în cazul persoanelor publice, pentru care „look-ul" contează. Din fericire, în aceste cazuri, laserul excimer poate reyolva dorinţa de a nu purta ochelari. Pacienţii pot opta, între anumite limite de dioptrii, la o operaţie prin tehnica Lasek, cu un mare grad de siguranţă, prin care nu va mai avea nevoie de ochelari de distanţă şi, simultan, se reduc dioptriile pentru aproape. Există şi tehnici, spre exemplu Prelex, care, similare operaţiei de cataractă, pot face ca pacientul să nu mai aibă nevoie de ochelari tot restul vieţii.

…Rareori, un oftalmolog, într-o carieră, vede un pacient care are un singur ochi bun sau celălalt ochi lipseşte, respectiv are proteză! Un asemenea pacient este bine să aibă ochelari permanenţi, în special când este în activitate, într-un mediu potenţial periculos, în special în afara casei. Ochelarii pot fi cu sau fără dioptrii, dar lentilele trebuie să fie din policarbonat. Acest material are o calitate: nu se sparge la şocuri, adică, dacă o piatră loveşte lentila, ea nu se sparge, deci nu rezultă cioburi care pot să rănească ochiul.

…Un copil cu tendinţă spre strabism are indicaţie de ochelari pentru multi ani, chiar din primii ani de viaţă, pentru ca ca şansele lui de vindecare să crească. Familia poate nu-şi doreşte un copil cu ochelari, dar trebuie să înţeleagă necesitatea acestora.

… Un copil rrom nu îşi poartă ochelarii, deşi i-au fost prescrişi, pentru că obiceiurile etniei spun că a purta ochelari « nu dă bine" şi îţi pune o notă proastă în faţa comunităţii. Un astfel de copil poate avea o dezvoltare intelectuală precară pentru că nu vede la tablă şi nu-şi poate face temele. Este alternativa lentilelor de contact, dar acestea, pentru a fi purtate, implică o anumită maturitate a purtătorului, în nici un caz vârsta copilăriei, altfel existând riscuri asupra ochiului.

Concluzie

Ochelarii nu plac tuturor, dar fac parte din ce în ce mai mult din viaţa noastră. Nu trebuie să uităm că uneori ei pot da o notă aparte chipului celui care-l poartă.

E de gândit!

Protecția solară – obligatorie

Cornelia Gherga,
Farmacist Primar
Farmacia 3
www.farmacia3.ro

În zilele noastre, protecția solară a devenit de mult o necesitatate și nu doar o soluție aplicabilă în vacanțele la mare sau la munte. Și pentru că piața (nu doar cea farmaceutică), abundă în creme și loțiuni cu factor de protecție solară care promit siguranța absolută, se cer cateva precizări cu privire la acești SPF, sau FPS pe românește:

Razele ultraviolete sunt de trei tipuri: A, B, C
UVA – sunt raze mai lungi decât UVB, ajung în totalitate la suprafaţa Pământului şi sunt considerate cele mai periculoase, deoarece afectează straturile inferioare ale pielii. Ele sunt responsabile pentru îmbătrânirea prematură, riduri, pierderea elasticităţii, şi nu în ultimul rând pentru producerea melanomului, cea mai mortala formă de cancer de piele, și de fenomenul de "photoaging", un proces ireversibil şi grav care afectează structura celulară cu efecte directe asupra imunităţii.

UVA, UVB, UVC

UVB – mai scurte decât UVA, penetrează stratul de ozon și ating pământul. Sunt responsabile pentru arsuri în straturile superioare ale epidermei. Pot conduce la apariţia cancerului de piele, malign sau benign.
UVC – sunt în principal inofensive, deocamdată nu penetrează stratul de ozon.
Flitrele UV sunt de 2 tipuri: chimice (artificiale) și minerale (naturale)
Filtrele chimice: majoritatea produselor de pe piaţă au la bază filtre chimice. Ele oferă un sentiment fals de protecţie, deoarece inhibă receptorii de la nivelul pielii, astfel încât pielea nu se înroşeşte şi nu se arde. Practic propriul nostru organism nu mai trage semnalul de alarmă natural atunci cand am depăşit pragul de expunere la soare!
Mai mult, tot mai multe studii recente scot la iveală faptul că în contact cu razele soarelui, filtrele solare chimice generează radicali liberi periculoşi, maligni. Contrar scopului declarat, acela de a preveni cancerul de piele, aceste substanţe chimice par a veni de fapt în sprijinul îmbolnăvirii.
Filtrele minerale: până acum, se pare că sunt singurele care funcţionează cu adevarat! Acestea sunt minerale naturale precum oxidul de zinc, dioxidul de titan, mică. Ele nu penetrează, ci aderă la suprafaţa pielii, acoperind-o practic cu un strat protector. De exemplu, mica acţionează ca milioane de oglinzi minuscule pe piele, care reflectă razele solare. Filtrele minerale nu au efecte adverse şi protejează pielea de razele periculoase UVA.
Pentru adepţii produselor naturale e bine de ştiut că există o serie de uleiuri vegetale şi unturi care conţin un factor de protecţie natural. Câteva dintre acestea sunt: uleiul de cătină (reputat în acest sens), untul de shea, untul de cacao, uleiul de orez, uleiul de măsline, etc. Factorul de protecţie natural este greu de măsurat exact, însă el este undeva între 4-6, în orice caz sub 10. Din păcate, aceste uleiuri şi unturi naturale nu sunt suficiente pentru protecţia solară. Ele sunt naturale şi oferă hidratare şi vitamine pielii, precum şi un bronz frumos, însă pentru a vă păstra pielea tânără, dar mai ales sănătoasă – este nevoie de ceva mai mult.
Majoritatea uleiurilor de plajă din comerţ au la bază uleiuri minerale (derivate din petrol), şi au adaugate, într-o proporţie mai mică uleiuri vegetale (măsline, morcov, etc). Ele nu oferă o protecţie reală şi o siguranţă pentru sănătatea pielii.
Aspecte de luat în calcul când alegeţi o cremă de protecţie solară:
Protectia UV: O cremă eficientă trebuie să ofere protecţie completă împotriva razelor UVA şi UVB. Până acum câţiva ani, nici una din cremele de pe piaţă nu oferea protecţie UVA (cea mai importantă)! Aşadar, produsele care nu au inscripţi-

pentru o piele sănătoasă!

onat vizibil pe ambalaj protecţie împotriva razelor UVA, nu sunt de luat în calcul!
Factorul de protecţie solară: la un indice de protecţie mai mic de 12, (iar după unii chiar 15) protecţia faţă de UV este practic nulă.

Reguli de bază privind protecţia solară:

Pentru ca o cremă cu FPS să fie eficientă şi să îşi ţină promisiunea de a te proteja, trebuie să o aplici corect: ea se aplică cu 20 de minute înainte de expunerea la soare;
Crema se aplică din abundenţă şi se masează până intră în piele;
Orele de plajă sunt „sfinte" şi nimeni nu poate susţine altceva: dimineaţa, până maxim la ora 11 şi după-masa, după ora 16. La prânz razele solare sunt prea puternice, chiar dacă stăm sub umbrelă;
Crema se aplică după fiecare baie; chiar dacă este rezistentă la apă, expunerea la mediul lichid îi diminuează semnificativ eficienţa;
Citeşte corect SPF-ul: un factor 15 te fereşte de arsuri timp de 150 de minute, însă acesta este un timp standard - contează şi intensitatea razelor şi tipul de piele. Chiar dacă nu faci baie, reânnoieşte aplicarea o dată la 2 ore;
Nu sta pe plajă fără pălărie şi ochelari de soare. Pălăria te va proteja de insolaţii şi decolorarea părului, iar ochelarii de soare vor minimaliza daunele asupra sănătăţii ochilor şi te vor feri de riduri. Suprafeţele reflectorizante cresc intensitatea razelor UV, de aceea pielea se arde mai repede în apă sau la munte, dacă este zăpadă.
Atenţie mare la copii! Pentru ei alegeţi o cremă cu FPS minim 30 şi evitaţi expunerea lor la soare în orele de vârf (10-16), precum şi echiparea lor neadecvată (tricou, pălărie şi ochelari de soare)!
În concluzie, sunt de preferat cremele de protecţie solară cu filtre minerale: atât pentru faptul că oferă o protecţie reală, cât şi pentru faptul că nu au efecte adverse. Majoritatea cremelor de protecţie solară bio (organice) oferă protecţie minerală. Crema şi laptele de protecţie sunt de preferat uleiurilor, pentru că sunt eficace mai mult timp. Şi nu în ultimul rând, pentru o piele sănătoasă evitaţi cu orice preţ arsurile solare! Dincolo de disconfortul de moment, efectele grave asupra pielii se văd în timp îndelungat!

Cum combatem

Otilia Câmpan *- cosmeticiană și consultant dermocosmetic Farmacia 3*

Celulita este considerată a fi dușmanul numărul unu al frumuseții feminine. Statistic vorbind, este specifică sexului feminin, și mai mult, aproximativ la 90% din populația feminină apare începând cu varsta de 15 ani.

Tehnic vorbind, celulita se datorează microcirculației sanguine slabe din țesutul muscular, microcirculație ce duce la formarea unui edem care împiedică funcționarea normală a celulelor adipoase. Drept urmare, celulele nu pot elimina toxinele ce se acumulează înăuntrul lor și astfel cresc în volum. Pielea este forțată să se întindă, ca rezultat al creșterii în masa și volum al celulelor de grăsime, și astfel apare celulita, cunoscută și sub numele de „piele de portocală". Buna funcționare a celulelor din corpul uman depinde de un schimb complex de lichide și substanțe nutritive, realizat de sistemul sanguin compus din artere, vene, vase limfatice și capilare. Între celule există vase limfatice a căror funcție este de a elimina reziduurile și lichidele aflate în exces. Dacă acest sistem funcționează corect țesuturile vor fi mereu în bună stare, în caz contrar se va face o acumulare de reziduuri și lichide la nivel celular. Diferite substanțe aflate în organism se concentrează în zona afectată, formând o adevărată gelatină care înconjoară fibrele țesutului conjunctiv.

Factorii care favorizează apariția celulitei

Pe lângă factorii interni care favorizează apariția celulitei, trebuie să îi avem în vedre și pe cei externi, pe care îi și putem controla:

- sedentarismul și mișcarea fizică insuficientă;
- statul îndelungat în picioare sau șezutul excesiv pe scaun;
- indisciplina alimentară și viața sexuală deficitară.

La început celulita este locală, de obicei pe picioare, coapse și fese, apoi aceasta avansează până spre gleznă. De asemenea, zone predispuse celulitei sunt brațele și abdomenul. O persoană afectată de gradul I de celulită (celulita este vizibilă doar la ciupirea sau strângerea între degete a unei zone) poate scăpa definitiv de ea, prin sport și tratamente corporale. Multă lume nu știe că sunt 2 tipuri de celulită: estetică și infecțioasă. Celulita estetică este celulita clasică, fără niciun simptom, durere sau efect secundar. Celulita infecțioasă însă, este în mare parte datorată unei infecții sub piele, are origine bacteriană, și se datorează de cele mai multe ori apariției unor streptococi. Ce-i drept, este mult mai rară decât cea estetică, dar are și efecte secundare ca greața, frisoane, febra puternica. În niciun caz nu trebuie ignorate aceste simptome, asta deoarece acest tip de celulită are un ritm de dezvoltare extrem de alert, și se tratează numai cu antibiotice sau chiar si chirurgical.

Prevenirea celulitei

Chiar dacă se spune că această afecțiune nu poate fi prevenită, întrucât ea oricum apare la majoritatea femeilor, acest lucru nu e neaparat universal valabil. Chiar dacă celulita se datorează în principiu proastei funcționări sangvine din zona membrelor inferioare, ea e și în strânsa legătură cu alimentația și stilul de viață. De exemplu, la o femeie sedentară, cu un regim de viață dezordonat, șansele de apariție a celulitei încă de la o vârstă fragedă sunt mult mai mari față de o altă femeie activă, cu un regim de viața echilibrat și cu o dietă atent alcatuită. Mai mult, studiile au arătat că șansele de apariție ale acestei afecțiuni se reduc drastic atunci când țintele primare fac mișcare de cel putin 3-4 ori pe săptămână – minim câte 40 de minute – și au o dietă bogată în proteine, și săracă în grăsimi. Totuși, e bine ca aportul de proteine să nu fie extrem de crescut, întrucât ele pot afecta rinichii la un moment dat.

eficient celulita

Tratamente anticelulitice

Nu există tratamente anticelulită minune. În cel mai bun caz, există tratamente care să combată edemul creat împrejurul celulelor adipoase. De exemplu, un remediu natural intern este ceaiul de coada calului (un bun diuretic), ceaiul de cruşin (depurativ), ceaiul de soc sau frasin. Toate acestea ajută la detoxifierea organismului şi la eliminarea apei şi toxinelor reţinute de către acesta. Cremele anticelulitice ar trebui sa aibă în conţinut următoarele substanţe: iederă, cafeină, iod, alge marine, vitamina C, etc.

Procesul de eliminare a celulitei

Este lung şi necesită multă răbdare. Printre cele mai de succes metode de combatere a celulitei se recomandă împachetarile cu parafango şi masajul anticelulitc profesional. Cremele cu efect anticelulitic aplicate acasă, au puţine şanse de succes dacă aplicarea un este consecventă, dacă nu sunt însoţite de un masaj sau automasaj corespunzător. Ele au mai mult efect de întreţinere.

Concluzie

Tratamentul anticelulitic trebuie să fie îmbinat cu o alimentaţie sănătoasă şi raţională, cu mişcare, efectuarea tratamentului corporal intensiv şi folosirea zilnică de creme pentru întreţinere. În tratarea celulitei prin masaj se folosesc pe lângă tradiţionalul ulei de măsline, uleiuri esenţiale drenante şi tonifiante. Orice strategie şi tratament anticelulitic trebuie să fie precedat de o cură de detoxifiere. O asemenea cură ajuta la reechilibrarea metabolismului şi la eliminarea toxinelor acumulate în organism.

Revitaminizarea

Simona Popovici,
studentă la farmacie an V, sub îndrumarea Farmacist Diriginte Horvath Tunde
www.farmacia3.ro

A venit în sfârșit primăvara și organismul nostru începe să-și revină din „somnul" de iarnă. Iarna, privarea de razele soarelui și lipsa de vitamine ne slăbesc organismul și pentru ca primăvara să ne aducă doar bucurii, este bine să anticipăm aceste probleme.

Avitaminoza sau hipovitaminoza definește prezența unui deficit de vitamine în organism și poate avea urmări neplăcute, precum slăbirea sistemului imunitar, fapt ce crește riscul de apariție a infecțiilor. În general acest lucru este cauzat de o dietă dezechilibrată și de lipsa legumelor și fructelor proaspete. Din fericire, formele grave de avitaminoză sunt rar întâlnite. Simptomele avitaminozei sunt: oboseala, iritabilitatea crescută, moleșeala, slăbiciunea, somnolența, capacitatea de muncă scăzută, răcelile frecvente. Remediul cel mai important împotriva avitaminozei îl reprezintă vitaminele. Ele sunt necesare organismului nostru pe tot parcursul anului, însă primăvara avem nevoie de ele mai mult ca oricând. De aceea se impune o cunoaștere mai amănunțită a vitaminelor, pentru a afla care sunt cele mai importante pentru noi și în lipsa cărora se instalează hipovitaminoza. Totuși pe lângă aceste vitamine, organismul mai are nevoie și de carne, ficat, lapte, ouă, unt, pâine, pentru că și acestea conțin multe vitamine. De asemenea, pentru creșterea imunității este nevoie de un aport de calciu, zinc și potasiu. Aceste minerale se găsesc în roșii și brânză și sunt responsabile pentru calitatea activității intelectuale. Este foarte folositor și sănătos ca în această perioadă să se bea multe ceaiuri sau sucuri naturale și să se mănânce compoturi.

Care sunt vitaminele esențiale primăvara și unde le găsim?

Vitamina C sau acidul ascorbic este cea mai importantă „vitamină a primăverii", cu rol structural important pentru oase, piele și vasele de sânge și este folositoare în combaterea infecțiilor. Această vitamină este, de asemenea, un element important în structura colagenului, de aceea se găsește în compoziția cremelor, loțiunilor și a altor produse de îngrijire a pielii. Vitamina C se găsește în cantități crescute în citrice, coacăze negre, măceșe, mere, căpșuni, zmeură, cartofi, varză, roșii, broccoli, etc. Este foarte important de reținut că procesul de fierbere al fructelor sau legumelor distruge vitamina C, aspect valabil și pentru procesul de uscare.

Vitamina D sau calciferolul este o vitamină foarte importantă care menține nivelul normal de fosfor și calciu în sânge și ajută la fortificarea oaselor, făcându-le puternice și sănătoase. Este dovedit că vitamina D ne protejează de dezvoltarea cancerului, tensiunea arterială ridicată, diabetul de tipul II, infarct și osteoporoză. Cea mai importantă sursă a acestei vitamine este soarele, ea producându-se în piele sub acțiunea razelor solare. Vitamina D poate fi întâlnită în următoarele alimente: ulei de pește, icre, peștele roșu, ficat, smântână, lapte, gălbenuș de ou.

Vitamina A sau retinolul este importantă atât pentru vedere, cât și pentru procesul de formare a oaselor și dinților. Este un antioxidant puternic și, mai mult decât atât, încetinește procesul de îmbătrânire, stimulează sinteza de colagen și

organismului primăvara

accelerează procesul de vindecare. În cantităţi crescute se întâlneşte în morcov, varză, spanac, urzică, dovleac, broccoli, roşii, ardei roşu, porumb, mere, pepene, frăguţe, caise. Această vitamină nu se distruge la fierbere, însă nu e bine să stea mult timp asub acţiunea temperaturii crescute.

Vitamina B1 sau tiamina este responsabilă pentru o bună funcţionare a sistemului nervos şi are un rol important în metabolism. Această vitamină este produsă de microflora intestinală, dar în cantităţi insuficiente pentru organism. Vitamina B1 este conţinută în făina de grâu, produse de patiserie, orez, ovăz, secară, drojdie, gălbenuş de ou, fructe cu coajă (ex. nuci), carne de porc, carne de vită.

Vitamina B2 sau riboflavina este foarte importantă pentru formarea hemoglobinei în sânge şi grăbeşte timpul de vindecare a rănilor. Se găseşte în drojdie, cereale, legume proaspete, ouă, lapte, carne, peşte. Mediul alcalin şi razele ultraviolete distrug această vitamină.

Vitamina B6 sau piridoxina este un „sprijin" pentru o gamă largă de activităţi ale sistemului nervos central, cardio-vascular şi aparatului respirator. Se găseşte în spanac fiert, ardei gras crud, varză, conopidă, mazăre, ceapă, banană, piept de pui, carne de vită, carne de curcan. Din păcate, în timpul procesării alimentelor se pierde o cantiate destul de mare de vitamina B6.

Vitamina E sau tocoferolul, „vitamina tinereţii", datorită proprietăţilor antioxidante, protejează pielea, încetineşte procesul de îmbătrânire, face ca pielea să fie mai fină, promovează creşterea noilor celule, reduce coloraţiile pielii, luptă împotriva radicalilor liberi care afectează pielea şi minimizează apariţia ridurilor. Această vitamină are rol în buna funcţionare a sistemului muscular, a glandelor sexuale, în formarea globulelor roşii din sânge şi în funcţionarea sistemului nostru imun. Foarte multă vitamina E conţine uleiul vegetal, seminţele de floarea-soarelui, migdalele, alunele, nucile, legumele cu frunze verzi, măslinele, gălbenuşul de ou, etc.

Nu este necesar să mâncaţi din toate aceste produse doar pentru a aduce un surplus de vitamine corpului dumneavoastră, dar încercaţi să vă revizuiţi dieta şi stilul de viaţă primăvara, pentru a vă simţi sănătoşi şi fericiţi.

Bibliografie:

www.elmilo.com
www.timpul.md

Ecografia de sarcină,

Dr. Carmen Cheleș,
MEDAS Feminis

Ecografia este o investigație medicală care folosește unde sonore de înaltă frecvență (ultrasunete). Sonda/traductorul emite unde sonore ce reflectă structurile din corpul uman, inclusiv copilul; aceste unde sunt transformate de ecograf în imagini vizibile pe ecran.

Ecografia în sarcină

Este o procedură inofensivă, care nu afectează nici mama și nici fătul și, de aceea, se poate repeta oricând în sarcină. Acuratețea examinării ecografice depinde de numeroase condiții particulare sau tehnice, cum sunt: aparatura utilizată, experiența medicului care o practică, poziția copilului în uter, poziția placentei, starea pacientei (grosimea și calitatea peretelui abdominal, aplicarea de creme sau uleiuri pe pielea abdominală, prezența de cicatrici abdominale etc.) și medicul care interpretează ecografia.

Ecografia obstetricală folosește multiple moduri ecografice:

- mod convențional 2D – care permite studiul organelor interne,
- Doppler color și spectral, Power Doppler – pentru studiul vaselor de sânge și al inimii,
- modurile 3D și 4D – pentru examinarea suprafețelor,
- moduri ecografice speciale – STIC, TUI, OmniView etc., cu care sunt dotate ecografele de ultimă generație.

În sarcină sunt recomandate mai multe ecografii, la anumite vârste ale sarcinii, care au scopuri medicale bine definite.
În trimestrul I sunt recomandate:

- Ecografia pentru diagnostic de sarcină (sub 9 săptămâni),
- Ecografia de morfologie fetală de trimestrul I (între săptămâna 11 și săptămâna 13 + 6 zile – vârsta optimă 12 săptămâni) – se asociază cu bitestul (screening biochimic) pentru aprecierea riscului de anomalii cromozomiale.
- Aceste ecografii au următoarele scopuri:
- stabilesc vârsta sarcinii și data probabilă a nașterii
- localizează sarcina (intrauterin, extrauterin)
- depistează sarcinile multiple
- identifică structurile fetale
- confirmă viabilitatea sarcinii
- permite examinarea uterului și a altor structuri pelvine.

În anumite situații, aceste ecografii identifică sau sugerează prezența unor anomalii fetale.
În trimestrul II este recomandată cea mai importantă ecografie de sarcină, ecografia de morfologie fetală de trimestrul II – între 20 și 24 de săptămâni, ideal la 22 de săptămâni.

- examinarea structurilor fetale și depistarea unor eventuale anomalii
- monitorizarea creșterii fetale
- examinarea vascularizației fetale, ombilicale, materne

ginecologică și de sân

- observarea mișcărilor și activității fetale
- examinarea placentei și verificarea cantității de lichid amniotic
- identificarea sexului fetal
- măsurarea lungimii colului
- asistarea unor teste prenatale (amniocenteza).

În trimestrul III se practică ecografia de morfologie fetală de trimestrul III, între săptămânile 30 și 34, ideal la 32 de săptămâni, care, practic, repetă pașii urmăriți de ecografia de trimestrul II, cu care se completează; în plus, aduce informații importante pentru apropierea nașterii, prin:

- monitorizarea creșterii fetale
- determinarea poziției fătului
- verificarea cantității de lichid amniotic ca parte integrantă a profilului biofizic fetal
- evaluarea poziției finale a placentei și a maturității ei evaluarea stării de bine fetale (depistarea precoce a semnelor de suferință fetală)

Ecografia ginecologică

Ecografia ginecologică se referă la investigația medicală a organelor pelvine ale femeii, în special la uter, ovare și trompele uterine, precum și la vezica urinară, anexe, fundul de sac Douglas sau orice altă descoperire pelvină în afara sarcinii.

Examinarea se practică transabdominal, cu vezica urinară plină – ceea ce asigură o mai bună vizualizare a organelor pelvine - sau transvaginal, cu o sondă specială destinată acestei examinări. Procedura este nedureroasă și neinvazivă, fără efecte secundare asupra oganismului uman.

Informațiile oferite de examinarea ecografică se referă la:

- Determinarea cauzelor durerii pelvine și a problemelor menstruale;
- Screeningul (monitorizarea) cancerului ovarian;
- Identificarea și evaluarea formațiunilor tumorale pelvine, chistice sau solide (chisturi ovariene, fibroame uterine);
- Evaluarea dispozitivelor intrauterine (sterilet);
- Evaluarea endometrului;
- Monitorizarea ovulației, în special la pacientele cu stimulare ovariană;
- Tehnologia Doppler permite evaluarea vascularizației pelvine și are rol important în diferențierea tumorilor benigne de cele maligne.

În plus, ecografia este utilizată în ghidarea unor manevre invazive, cum sunt sonohisterosalpingografia (pentru investigarea cavității uterine și a trompelor uterine la femeile infertile) sau recoltarea de ovocite (în cadrul procedurilor de fertilizare “in vitro”).

Ecografia mamară

Principalele utilizări ale ecografiei la nivelul sânului sunt depistarea anomaliilor mamare descoperite prin examinare la consultul senologic și precizarea detaliile structurale și de vascularizație ale diferitelor anomalii descoperite la examenul mamografic. Prin urmare, ecografia mamară și mamografia se completează, dar nu se înlocuiesc.

Ecografia este o metodă de monitorizare a femeilor care:

- au risc crescut pentru cancer de sân (istoric familial, istoric personal de cancer mamar, prezintă un rezultat biopsic incert)
- prezintă o patologie benignă care trebuie monitorizatăîn timp (displazie mamară etc.)
- au sâni denși
- au implant mamar
- au contraindicații pentru examinarea radiologică (sarcină).

Ecografia este folosită și pentru ghidarea continuă a unor manevre invazive la nivelul sânului (biopsia mamară ecoghidată).

Creșterea copilului

Conf. dr.
Liliana Pădure

Copilul născut la termen are în primul an de viață o creștere staturo-ponderală fără precedent, pentru că atunci crește mai mult decât în tot intervalul de creștere până la pubertate.

Creșterea este împărțită în 4 perioade:

1. Perioada prenatală este dependentă de condițiile intrauterine într-o sarcină bine urmărită și decurge fără evenimente problematice, dacă mama este sănătoasă și fără antecedente patologice, precum diabet, alcoolism, sifilis, hipertensiune arterială, insuficiență renală, tulburări endocrine.
2. Perioada primilor ani, în care copilul crește repede, fără influențe hormonale specifice. De fapt, în primii 3-4 ani, chiar și o insuficiență hipofizară (mai ales în primii doi ani) trece neobservată, pentru că nu se petrec tulburări de creștere. Dar deficitele nutriționale (stare socială precară, lipsă de preocupări, greșeli alimentare), în acești primi ani, pot determina o încetinire a creșterii.
3. Perioada cuprinsă între 4 ani și debutul pubertății este caracterizată de o viteză de creștere stabilă, legată de intervenții hormonale (hormoni de creștere, hormoni tiroidieni). Aceasta explică de ce intervenția terapeutică pentru întârzierea creșterii cu hormoni este aplicabilă cu oarecare succes înainte de instalarea pubertății.
4. Perioada de început al pubertății este caracterizată de un impuls ascendent al creșterii, apoi o ușoară descreștere, sub influența hormonilor sexuali.

Creșterea continuă o perioadă încă lungă

După unii până la vârsta de 20 de ani, după alții până la 25 de ani, cu un ritm încetinit, caracteristic fiecărei ființe, dar cu influențe de mediu, climă, rasă. În general, băieții ating 95-98% din talia definitivă la 17 ani și 9 luni, în medie, iar fetele, la 16 ani și 6 luni.

Creșterea din primii ani de viață este cea care influențează talia adultului, mai mult chiar decât talia de la naștere. Vârsta osoasă este markerul maturației osoase și al maturației organismului în general.

Radiografia de față a mâinii și poignetul stâng este radiografia de referință, unde se constată apariția cronologică a epifizelor, sesamoidului, dispariția cartilajului de creștere.

Metoda cea mai simplă de a compara vârsta osoasă cu talia este verificarea vârstei osoase în toți anii și urmărirea ritmului creșterii. Când vârsta osoasă înaintează cu aceeași viteză ca și talia reală, aceasta ne permite să întrevedem o talie adultă apropiată de normal. Când vârsta osoasă depășește vârsta staturală, talia finală rămâne mai mică decât media.

Am înfățișat aceste mici detalii despre vârsta osoasă, deoarece ne permit să apreciem întârzierile de creștere, dar și pentru a fi în cunoștință de cauză până când aplicăm o gimnastică de stimulare a cartilajelor de creștere, precum și lămurirea deciziilor de intervenție chirurgicală în ortopedia pediatrică.

Creșterea se poate derula cu defecte nu doar în ansamblul taliei, ci și la nivelul membrelor în întregime sau doar la un segment, când, de exemplu, inegalitatea de lungime a membrelor poate fi de la o diferență de 3-4 cm până la 30-40 cm.

1. Trebuie alungit un segment femural, apoi un segment tibial?
2. Această intervenție, care necesită spitalizări prelungite la chirurgie și recuperare și poate aduce după sine o întârziere psihologică ce

poate avea repercusiuni şcolare, trebuie promovată, practicată ?

3. Sau trebuie practicată o epifiziodeză, apoi alta de parte sănătoasă?
4. Trebuie preferate ortezele cu înălţare sau uneori amputaţia ?

Pentru decizii terapeutice intervenţioniste în inegalităţile de lungime ale membrelor:

1. Se utilizează urmărirea creşterii femurale şi tibiale, care permit situarea copilului în normele de creştere şi apoi se ia o decizie optimă.
2. Se alcătuiesc curbe care definesc potenţialul de creştere reziduală femural inferior şi al cartilajului tibial superior în funcţie de vârsta osoasă (curbele Green şi Anderson).

Aşadar, cunoscând aceste mici secrete de judecată a intervenţiei la copil, vom şti unde să ne „aventurăm" cu tratamentul kinetic şi cu ce sorţi de izbândă. Putem asista neputincioşi şi în cunoştinţă/necunoştinţă de cauză la intervenţii făcute intempestiv sau la timp.

Cum facem față

Frățilă Patricia, *studentă la farmacie an V, sub îndrumarea Farmacist Diriginte Kusnyer Edith www.farmacia3.ro*

Primele aspecte ale alergiilor au fost remarcate încă din antichitate, inițial, termenul de alergie fiind echivalent cu cel de hipersensibilitate. Termenul de alergie pornește de la cuvântul grecesc "allos", care înseamnă o deviere de la starea normală a organismului. În prezent, boala alergică este una dintre cele mai frecvente probleme de sănătate cu care se confruntă omul modern, cel mai des întâlnite alergii fiind cele determinate de alergenii respiratori. Toamna și iarna iau naștere sau se acutizează alergiile de tip respirator, respectiv rinitele alergice și astmul bronșic. Pentru a putea face față alergiilor respiratorii și pentru a putea stabili diagnosticul corect, trebuie cunoscute în primul rând cauzele și simptomele acestora.

Cauzele apariției alergiilor respiratorii

Alergiile respiratorii se manifestă atunci când organismul este expus unui alergen, pe care îl recunoaște ca fiind străin și astfel stimulează producția de anticorpi și de celule sensibilizate. Cei mai comuni alergeni care produc alergiile respiratorii sunt:

- Diverse specii de mucegaiuri.
- Părul animalelor domestice, care sunt cauze frecvente pentru rinita și astmul copiilor.
- Polenurile unor arbori, flori sau graminee, cel mai frecvent fiind vorba de: stejar, dud, arțar, fag, pin, grâu, gălbenele, anghinare, coada șoricelului, păpădie, care produc polen alergic. Toate polenurile alergice provin de la plante polenizate de vânt fiind cauze frecvente pentru alergiile respiratorii sezoniere.
- Acarienii din praf, lână și din zonele în care umiditatea este ridicată.

Simptome

- Lăcrimare, prurit conjuctival, ochi roșii sau pleoape umflate.
- Strănut, prurit nazal, rinoree apoasă, obstrucție nazală bilaterală, alternantă.
- Durere de cap, lipsa poftei de mâncare, scăderea sau lipsa mirosului.
- Tuse, respirație șuierătoare, senzație de sufocare sau de constricție a pieptului.

Diagnosticare

Diagnosticul alergiilor respiratorii se pune de către medicul alergolog, în urma unei anamneze complete, urmărind condițiile de apariție, frecvența lor și antecedentele familiale și personale. Cel mai simplu test pentru determinarea alergiilor respiratorii, dar și a altor tipuri de alergii este un test cutanat, care constă în injectarea intradermică a unei cantități mici de alergen și apoi se așteaptă apariția simptomelor alergice în cazul în care testul este pozitiv. Aceste simptome apar în general în decurs de 20 minute.

Tratament

În primul rând, pentru prevenirea reacțiilor alergice e necesar să se evite contactul cu alergenii care le produc. Astfel, trebuie evitate plimbările în aer liber atunci când nivelul de polen este la cote mari, trebuie purtați ochelari de soare pentru a evita pătrunderea polenului în ochi, trebuie reduși sporii de mucegai în locurile cu umezeală ridicată, praful trebuie îndepărtat prin aspirare săptămânală, iar animalele de companie ar fi de preferat să nu intre în dormitor pentru a evita

alergiilor respiratorii?

expunerea la alergeni în timpul somnului.
Este important să existe un regim dietetic corespunzător pentru prevenirea alergiilor respiratorii, în acest sens fiind utile alimentele și condimentele care decongestionează sinusurile: anason, fenicul, hrean, muștar picant, alimentele cu un conţinut ridicat în magneziu precum nucile, alunele, migdalele, fructele bogate în vitamina C și bioflavonoidele care se găsesc în pielița albă a citricelor ce acţionează ca și un antihistaminic natural. De asemenea, trebuie consumaţi struguri roșii, care conţin antioxidanţi și resveratrol, deoarece reduc inflamaţia din organism, ceaiul verde și cel negru care conţin flavonoide și reduc la rândul lor inflamaţia, iar ceaiul cu miere și lămâie activează circulaţia nazală și astfel reduce strănutul provocat de alergii.

Medicaţia antialergică de bază este reprezentată de antihistaminice, care acţionează prin blocarea acţiunii histaminei, substanţă responsabilă de simptomele alergiilor respiratorii: curgerea nasului, mâncărimea, strănutul și lăcrimarea. Medicamentele pe bază de corticosteroizi, eliberate sub prescripţie medicală pot fi utilizate în cazuri severe.
Imunoterapia este o metodă care vindecă aproximativ 70-80% dintre persoanele tratate pentru alergii respiratorii. Imunoterapia reduce sau elimină sensibilitatea la alergenul care cauzează reacţia alergică. Imunoterapia sau hiposensibilizarea constă în administrarea planificată a alergenului la un pacient pentru a diminua sinteza imunoglobulinelor E, care reprezintă niște anticorpi speciali care se produc în timpul reacţiei alergice. Astfel, alergenul este injectat săptămânal, în doze gradat crescânde.
Datorită faptului că alergiile au devenit practic un "dușman" al omului modern, foarte multă lume apelează și la medicina alternativă în cazul tratării alergiilor respiratorii. Astfel, se apelează la presopunctură, la aromoterapie cu ulei de levănţică, ulei de migdale dulci, eucalipt, cedru și mentă. De asemenea, sunt utile și infuziile de mușetel, floare de soc, silur, urzică și coada șoricelului, extractul din muguri de coacăz negru și ceaiul trei fraţi pătaţi.
În concluzie, persoana alergică nu trebuie să trăiască într-un balon de sticlă pentru a se feri de substanţele potenţial periculoase, deoarece alergiile respiratorii pot fi prevenite sau ţinute sub control dacă se identifică alergenul care o produce și urmând o dietă adecvată, însoţită de un tratament medicamentos sau apelând la terapia naturistă.

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

Osteoartrita

Procesul inflamator este urmat de o deteriorare treptată a cartilajului ce acoperă osul articulației, începând procesul de uzură. Apare odată cu înaintarea în vârstă, este condiționată genetic sau de factori precum: traumatisme minore și repetitive, suprasolicitare sau traumatisme severe (profesional, casnic sau la sportivi).

Afectează în general persoanele în vârstă, e mai frecventă la femei, dar există și o formă de artrită reumatoidă juvenilă care afectează și copii. Afectarea unei singure articulaţii se numeşte monoartrită, la două, trei sau patru articulaţii afectate e vorba de oligoartrită, iar dacă interesează mai mult de patru articulaţii, diagnosticul este de poliartrită.

Artrite periferice

sunt cele care afectează articulaţiile distale ale membrelor (coate, genunchi, mâini, picioare, degete), poliartritele rizomelice sunt cele care afectează articulaţiile centurilor (umăr, şold), iar spondilartropatiile sunt artritele membrelor, care se asociază atingerilor inflamatorii ale coloanei vertebrale sau ale articulaţiilor sacro-iliace. O artrită care durează mai multe luni se numeşte cronică și poate evolua spre boală artrozică.

Osteoartrita este inflamația unei articulații.

Simptomatologia artritei

se caracterizează prin dureri, adesea nocturne, care pot trezi bolnavul. Dimineaţa, articulaţiile îşi regăsesc mobilitatea doar după o încălzire, a cărei durată este un bun martor al gradului de inflamaţie. Aceasta este redoarea matinală. Local, tegumentul este roşu, chiar violaceu, articulaţia este umflată, în parte din cauza unei efuziuni de lichid sinovial. Analiza acestuia, după prelevarea prin puncţionarea articulaţiei, confirmă caracterul inflamator al bolii și căutarea germenelui patogen sau a microcristalelor. La nevoie, poate fi realizată, sub anestezie locoregională, o biopsie a membranei sinoviale, combinată cu o artroscopie, care permite controlul vizual direct al articulaţiei suferinde.

Cauzele producerii artritei nu sunt deplin cunoscute.

Persoanele afectate de artrită au predispoziţie genetică la aceasta, organismul producând anticorpi și distrugând articulaţiile (prezenţa factorului reumatoid în sânge, anticorp specific). O altă cauză o reprezintă infecţiile cu streptococ, riscul fiind mai mare dacă acestea sunt contactate în copilărie. Anticorpii produși de organism pentru a distruge microbul pot afecta și inima sau rinichii - în acest caz un reumatism poststreptococic; identificarea anticorpului specific în sânge (ASLO) denotă prezenţa streptococului beta-hemolitic în organism. Sunt implicaţi și factorii de mediu (frig, umezeală), schimbările de vreme accentuând durerile. Sunt prinse în general articulaţiile mari. În timp articulaţia devine imobilă, dureroasă și se deformează, evoluţia fiind progresivă.

Tratamentul artritelor

poate fi specific: antibiotice la artritele septice, uricozurice în cazul gutei, antiinflamatoare și corticosteroizi în poliartrita reumatoidă. În general, analgezicele și antiinflamatoarele atenuează durerea. Unele artrite inflamatorii aseptice pot antrena deformaţii sau distrugeri articulare, necesitând uneori artroplastie (înlocuirea articulaţiei cu o proteză) poate chiar o artrodeză (fuzionarea chirurgicală a oaselor articulaţiei). Tratamentul

– Modalități terapeutice

artritelor septice trebuie să fie precoce, deoarece leziunile osului și cartilagiilor, consecutive acțiunii germenelui, pot deveni ireversibile în câteva zile. Așteptând ca germenele să fie identificat, se poate începe un tratament cu antibiotice, care va fi ajustat când germenele va fi cunoscut și sensibilitatea sa la diverse antibiotice va fi precizată. Se recomandă repaus de câteva zile, cu imobilizarea articulației sau articulațiilor.

Tratamentul trebuie început cât mai precoce pentru încetinirea evoluției, vindecarea completă având loc în puține cazuri. Articulațiile afectate de artrită reumatoidă se deformează, la nivelul brațelor, degetele se umflă, se curbează și își pierd mobilitatea, se ajunge la diferite grade de disfuncționalitate. Tratamentul artritei reumatoide include exerciții fizice și fizioterapie pentru păstrarea mobilității articulare și tratament medicamentos cu antiinflamatoare modificatoare ale bolii cât mai repede după identificarea primelor simptome. Pentru întreținere se pot folosi și medicamente pe bază de condroitin și glucozamin. Acestea fac parte în mod natural din structura articulară, având rol în formarea capsulei articulare.

Cura balneoclimaterică

O modalitate profilactică și terapeutică, a artritelor este cura balneoclimaterică. Sindromul dureros aflat în legătură cu artrita, dar și cel disfuncțional, caracterizat prin limitarea mișcărilor și scăderea mobilității articulare, beneficiază de ameliorare dacă, primăvara și toamna, se urmează cure balneoclimatice anuale. O astfel de cură poate deveni o modalitate profilactică, dar și terapeutică, adjuvantă, a celor terapeutice clasice.

Dotarea bazelor de tratament este variată - aparate ce asigură tratamente de fizioterapie, săli de kinetoterapie sau gimnastică medicală și de întreținere funcțională, fitness terapeutic supravegheat, electroterapie cu programe de electrostimulare, drenaj venolimfatic, hidroterapie sau terapie prin înot, bazine de hidrokinetoterapie individuală, terapie cu inhalații, aerosoli, termoterapie, inclusiv cu parafină sau peloidoterapie (aplicații de nămol terapeutic), băi carbogazoase, sulfuroase, de nămol, crenoterapie sau ape minerale administrate în cura internă, terapie prin masaj, trasee pentru cura de teren, aeroionizarea specifică anumitor zone.

Începând cu vârsta de 50 de ani, cura balneară devine o necesitate.

Pentru prevenirea îmbolnăvirilor, curele balneare sunt modalitatea de călire sau ameliorare a funcțiilor de bază ale organismului diminuate de stres - termoreglarea, funcția metabolică, capacitatea de adaptare la efort, funcția imunologică și altele. Curele balneare profilactice sunt bazate în special pe proceduri terapeutice cu accentul pe utilizarea de factori termici contrastanți, terapia prin mișcare, diete și crenoterapia cu apă minerală.

Profilaxia recidivelor

Este utilă după rezolvarea problemelor din fazele manifeste, acute sau clinice ale bolii, prin corectarea unor modificări funcționale restante, modularea mecanismelor de reglare, și poate contribui la evitarea recidivelor în bolile cronice, precum cele reumatismale, cardiovasculare, digestive, metabolice.

Durata unei cure balneare este de 18-20 de zile, timp în care se poate vorbi despre aplicarea unui complex de metode cu efecte dovedite științific, aplicate ritmic, într-un context ambiental diferit față de cel de reședință.

Discopatia verte

- atitudine terapeutică complexă

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

Hernia de disc cervicală

Aşa cum se petrece în faza de hernie de disc din cadrul discopatiei vertebrale lombare, hernia de disc cervicală reprezintă ieşirea unui fragment de disc în urma unei degenerări discale şi compresiunea unei rădăcini nervoase care inervează parţial membrul superior. Consecinţa clinică este apariţia durerii la nivelul regiunii cervicale posterioare, cu păstrarea mobilităţii în prima fază, iar ulterior, cu imobilizarea dureroasă a coloanei cervicale şi iradierea durerii de-a lungul membrului superior. În literatura de specialitate se face referire la fazele evolutive ale discopatiei vertebrale.

Fazele evolutive

Există deci fazele 1 şi 2, aşa-numitele faze musculoligamentare, în care nu are loc un conflict discoradicular, adică discul intervertebral nu depăşeşte rebordul vertebral, nu debordează şi nu interesează rădăcina nervoasă, ci doar structurile ligamentare, intens inervate, provocând durerea cervicală şi contractura musculară constatate clinic. În faza 3, se instalează sindromul algic şi disfuncţional, adică durerea iradiată la nivelul membrului superior, asociată eventual cu fenomene neurologice, precum parestezii, hipoestezie şi diferite grade de deficit de forţă musculară, obiectivate prin scăderea reflexelor. Faza 4 este reprezentată de discartroză cervicală, termen prin care se traduce uzura avansată a coloanei cervicale, cu apariţia de osteofite sau ciocuri, cum mai sunt ele cunoscute, stenoze de canal cervical, pensări de spaţii discale cauzate de degenerări discale sau discartroză, modificări de statică vertebrală.

Când este operabilă hernia de disc cervicală

atâta timp nu apar tulburările neurologice enumerate mai sus. În plus, paresteziile sau furnicaturile, scăderea sensibilităţii sau hipoestezia în anumite porţiuni, numite dermatoame, instalarea deficitelor de forţă musculară de diferite grade nu reprezintă urgenţe chirurgicale atâta timp cât nu există potenţial evolutiv şi când se constată atenuarea simptomatologiei descrise. Se va efectua examenul RMN al coloanei cervicale, precum şi examenul electromiografic şi, dacă imaginile obţinute şi rezultatele investigaţiilor nu obiectivează o stare de necesitate, trebuie încercat un tratament conservator constând în: antiinflamatorii, decontracturante, antalgice, imobilizare în guler cervical, repaus fizic, balneofizioterapie. Dacă durerile nu cedează în maximum o lună de tratament conservator sau tulburările neurologice menţionate mai sus persistă ori avansează, se recomandă solicitarea sfatului unui medic specialist neurochirurg, urmând ca indicaţia de intervenţie chirurgicală să o facă numai acesta.

Cum decurge operaţia

Intervenţia chirurgicală poate fi de mai multe tipuri, în funcţie de examenul clinic şi de rezultatele investigaţiilor efectuate. În marea majoritate a cazurilor se foloseşte abordul cervical anterior, iar cel mai frecvent hernia se regăseşte la nivelurile C5-C6 şi C6-C7. Se pătrunde prin disecţie între pachetul vasculo-nervos lateral şi cel aerodigestiv medial până în plan prevertebral, după cum precizează specialiştii. Se reperează radiologic discul afectat

brală cervicală

și se practică discectomie cu extirparea herniei de disc cervicale și decompresiunea rădăcinii nervoase. Faţă de hernia de disc lombară, în situaţia herniei de disc cervicale trebuie făcută o rahisinteză, adică trebuie inserat un element de stabilizare a zonei, menit să consolideze vertebrele între care se află discul afectat. În acest scop se poate folosi procedeul clasic cu grefon osos din creasta iliacă sau grefon din creasta iliacă asociat cu plăcuţă și șuruburi, se poate monta o cușcă metalică din titan sau alt material, ori se poate decide montarea unei proteze de disc cervicală. Aceasta din urmă are ca indicaţie pacientul tânăr, cu hernie de disc evidentă, fără discartroză cervicală. Un dezavantaj al metodei clasice doar cu aplicarea unui grefon osos din creasta iliacă după discectomie, îl reprezintă repausul la pat de până la 3 săptămâni, dar și tasarea sa în timp, cu deformarea angulară a coloanei cervicale. Acest aspect se poate preveni dacă se aplică și o plăcuţă cu șuruburi. Atunci când se folosește o cușcă metalică, avantajul este că aceasta ajută la stabilizarea coloanei cervicale și asigură mobilizare rapidă, pacientul putând să se ridice din pat a doua zi după operaţie.

Atacul de p

Dr. Silvia Ciobanu, *psiholog clinician, psihoterapeut in cadrul Centrului de Psihiatrie și Psihoterapie MedLife MindCare*

Atacul de panică reprezintă o stare de frică sau de anxietate intensă, apărută brusc, în situații în care viața nu este amenințată, determinând accelerarea ritmului cardiac, respirații rapide și scurte, sentimentul de pierdere a controlului, frică inexplicabilă de moarte, de boală gravă sau de nebunie.

Atacurile de panică încep de obicei din senin, ating punctul maxim după aproximativ 10 minute și au durată variabilă, de la câteva zeci de minute până la câteva ore.

Conform DSM-IV-TR, atacul de panică este definit ca o perioadă distinctă de frică intensă sau de disconfort, în care 4 sau mai multe dintre următoarele simptome apar brusc și ating culmea în decurs de 10 minute:

1. palpitații, bătăi puternice ale inimii sau puls accelerat;
2. transpirații;
3. tremurături sau tremur al întregului corp;
4. senzație de lipsă de aer sau de sufocare;
5. senzație de înăbușire;
6. durere sau disconfort toracic;
7. greață sau disconfort abdominal;
8. senzație de amețeală, de instabilitate sau de leșin;
9. derealizare sau depersonalizare;
10. teamă de pierderea controlului sau de înnebunire;
11. teama de moarte;
12. parestezii (senzații de amorțeală sau înțepături);
13. valuri de frig sau căldură.

Modalități de manifestare

Atacurile de panică încep, de obicei, dintr-o dată și fără avertisment. Acestea pot apărea oricând, atât în timpul stării de veghe cât și în timpul somnului. Atacurile de panică pot avea loc:

- ✘ neașteptat, adică fără avertisment și fără motiv aparent, nefiind asociate imediat cu un declanșator situațional;
- ✘ situațional, adică într-un set anume de circumstanțe. Declanșatorii situaționali pot include stimuli care sunt fie externi (de ex. un obiect sau o situație fobică), fie interni (de ex. o excitație fiziologică);
- ✘ predispuse situațional, adică în situații în care persoana manifestă atacuri de panică și altele în care nu se întâmplă acest lucru.

Frecvența și severitatea atacurilor de panică variază în funcție de individ, de context, de situație.

Atacurile de panică aduc cu ele somatizări puternice, care-l fac pe pacient să-și orienteze atenția mai degrabă asupra reacțiilor corporale și fiziologice și prea puțin asupra semnificațiilor psihologice ale acestora.

Întrucât simptomele care însoțesc atacurile de panică sunt fizice, majoritatea persoanelor care le manifestă trec de la un cabinet medical la altul, unde încearcă să descopere o boală organică. Unii se tem că atacurile de panică indică prezența unei maladii nediagnosticate care le periclitează viața. În ciuda testărilor medicale repetate și a reasigurărilor, ei rămân temători și sceptici. Alții se tem că atacurile de panică sunt un indiciu că vor înnebuni.

Atacul de panică poate altera grav viața familială, socială și profesională a bolnavului. Sunt persoane

anică

care, din cauza atacurilor de panică, ajung să evite situațiile pe care le asociază cu apariția acestora și chiar să-și modifice semnificativ comportamentul. Din cauza anxietății crescute, pot renunța la serviciu, la ieșitul din casă, la frecventarea locurilor publice, la socializare. Evitarea persoanelor sau situațiilor care trezesc nesiguranță, teamă sau anxietate le afectează negativ calitatea vieții. Toate acestea pot conduce la izolare, la creșterea riscului de depresie, abuz de substanțe sau chiar suicid.

Ce declanșează un atac de panică

O serie de studii psihodinamice arată că declanșarea atacurilor de panică este asociată în primul rând cu apariția și manifestarea factorilor stresori din viața persoanei respective. Stresul trăit la un nivel intens în diferite situații din viață poate să inducă instalarea simptomelor și manifestărilor atacurilor de panică.

Aceste persoane suportă cu mare dificultate evenimentele stresante cu care se confruntă (cum ar fi pierderea unor persoane apropiate, o critică, un examen important etc.). De asemenea, greu de gestionat sunt trăirile intense de furie și agresivitate pe care persoanele cu atacuri de panică nu și le pot exprima.

O persoană cu atacuri de panică trebuie să știe că nu va muri, nu va înnebuni, nu i se va întâmpla absolut nimic grav. Este foarte important să conștientizeze că atacul de panică este pornit din interior, că este o stare accentuată de frică, ale cărei neînțelesuri, odată dezvăluite, pot fi stăpânite. Cu cât frica este mai mare, cu atât simptomul va deveni mai puternic. Cu cât simptomul este mai puternic, cu atât frica se accentuează. Adică, persoana în cauză are simptome fizice care creează starea de panică, stare care, la rândul ei, accentuează simptomele fizice, astfel încât se intră într-un cerc vicios. Tendința de a exagera în astfel de momente ne face să nu percepem în mod real timpul și dimensiunea tulburării.

> „Atacul de panică este pornit din interior și este o stare accentuată de frică, ale cărei neînțelesuri, odată dezvăluite, pot fi stăpânite".

Tratamentul atacurilor de panică

Persoanele care au un atac de panică nu trebuie să-l ignore, ci trebuie să apeleze cu încredere la specialist, adică la medicul psihiatru, pentru un tratament medicamentos dacă este cazul și/sau la psihoterapeut pentru o intervenție psihoterapeutică.

În cadrul unei intervenții psihoterapeutice, specialistul poate ajuta pacientul să conștientizeze apariția unor pericole imaginare, care au originea de multe ori în traume anterioare și care nu pot fi diferențiate de amenințări reale. Pacienții au nevoie să-și conștientizeze anxietatea față de exprimarea furiei și nevoia de a se apăra permanent de aceasta din urmă. Este important ca pacientul să reușească să înțeleagă și să facă legături între evenimentele critice și stresante din viața reală, de zi cu zi, și anxietatea puternic trăită la perceperea unei situații ca fiind amenințătoare.

Atacul de panică și familia

Atacul de panică nu este un stigmat, dar nici o condiție inofensivă. Bolnavul nu trebuie să tergiverseze apelarea la ajutorul unui specialist. Aparținătorul trebuie să încurajeze pacientul să consulte un specialist, ajutându-l să-și depășească temerile și reticențele.

Când o persoană are un atac de panică, întreaga familie suferă. Ceilalți membri se simt frustrați, obosiți, pentru că preiau unele responsabilități, sau izolați din punct de vedere social, pentru că persoana bolnavă restricționează activitățile familiei. Membrii familiei nu trebuie să accentueze comportamentul persoanei cu atac de panică prin preluarea activităților desfășurate până atunci de aceasta, întrucât acest fapt va conduce la intensificarea gradului de dependență a persoanei în cauză de cei apropiați, la o izolare a bolnavului în simptomatologia lui și chiar la întărirea simptomelor.

Triunghiul

Dr. Eduard Ţogoreanu
medic chirurg, specialist în psihooncologie

Cu toții cunoaștem statisticile, studiile, cercetările și experimentele pentru găsirea mijloacelor terapeutice adecvate vindecării cancerului. Revista de cercetări de laborator la care sunt abonat îmi prezintă săptămânal descoperirea unei noi gene, enzime, substanțe chimice sau extract din plante care alimentează iluziile atât ale bolnavilor cât și ale terapeuților în leacul miraculos. Dincolo de toate acestea, de eforturile oamenilor de știință și de teoriile și inovațiile terapeutice, uneori de-a dreptul stupide, ale unor terapeuți cu sau fără studii medicale, de a explica boala, se află bolnavul de cancer cu suferința sa și medicul copleșit de sentimentul de neputință și, uneori, de vinovăție. Suferința fizică și sufletească a unuia și sentimental ratării profesionale a celuilalt nu fac însă obiectul studiilor statistice, nici al reformelor legilor sanitare.

Dacă medicina galopează nebuneşte vânând spectacolul vindecării, dacă peste noapte ingineri, avocaţi, ziarişti, bioterapeuţi, nutriţionişti descoperă reţeta, buruiana sau pasa minune vindecătoare, omul bolnav rămâne acelaşi: singur în suferinţa sa, dezorientat, nedumerit, cu credinţa şubrezită într-un Dumnezeu care tocmai pe el l-a ales să sufere, părăsit treptat de colegii de muncă, ocolit de prieteni, sub privirile nedumerite sau compătimitoare ale trecătorilor şi, uneori, de ce să nu recunoaştem, agasate, ale unui personal medical depăşit de situaţie.
Omul suferind este acelaşi de când există umanitatea. Alexandre Dumas, în "Contele de Monte Cristo", vorbind despre frământările lui Edmond Dantes, întemniţat pe nedrept în urma unui complot, surprindea exact etapele acestei suferinţe.
Fiindcă suferinţa este aceeaşi, indiferent cine ai fi - motivele pot fi diferite -, ea, în esenţă, rămâne aceeaşi. Crimă, pedeapsă, furt, despărţire, părăsire, pierdere financiară, le suportăm în mod diferit, iar asta face diferenţa dintre noi. Dar suferinţa provocată de unul dintre aceste motive o suportăm la fel, trecem prin aceleaşi etape. Când suferim, fie că vrem fie că nu, toţi suntem cópii la indigo ale lui Edmond Dantes, suntem întemniţaţi, pedepsiţi, fără să ne cunoaştem vina. În plină activitate socială, brusc, omul află ca are cancer. Nu-i vine să creadă că este vorba despre el: poate că rezultatele analizelor sunt greşite, poate că medicii s-au înşelat. Cuprins de panică fiindcă tot programul lui de viaţă se dă peste cap, se agită pentru a se lămuri. Analize, opinii, internet, rude și prieteni care au trecut prin asemenea experiențe, consulturi, alte analize.

În etapa a doua, după ce panica a trecut cât de cât și își dă seama că intr-adevăr despre el este vorba, speră că s-a greşit şi, cu această speranţă în suflet, caută dovezi.

Etapa a treia este cea în care intervin lamentările şi în care încearcă să-şi dea seama unde a greşit de s-a îmbolnăvit, ce a fost în neregulă cu viaţa lui, cine ar putea fi de vină, de ce tocmai el. Credinţele se clatină, apare dezorientarea, siste-

încrederii

mul de valori sociale este ameninţat, realizările lui de viitor sunt sub semnul întrebării: Dumnezeu, casa, copiii, ratele neachitate la bancă etc., toate se amestecă într-un vălmăşag fără răspuns, care adânceşte depresia. În această etapă se pierd foarte mulţi, fiindcă disperarea îi determină să ia decizii greşite.

A patra etapă este cea de resemnare, care poate avea un caracter pasiv sau nu. Începerea tratamentului clasic nu este suficientă, cu atât mai mult cu cât, aflându-ne într-un secol în care raţiunea şi ştiinţele exacte ne domină viaţa, tratamentul bolii diferă de la un consult la altul. Ce facem? Scoruri în favoarea unei opinii sau a alteia? "Doi la unu pentru a mă opera? Şi dacă mai întreb şi alt specialist şi este doi la doi, ce mă fac?" Plimbat de colo-colo pe holurile spitalului, aşteptând la cozi pentru analize sau tratamente, aşteptând la cozi la consulturi, aşteptând specialişti să se întoarcă de la congrese sau din concedii, amânat, plimbat, tergiversat, îşi dă seama că valoarea lui socială s-a modificat odată cu acest diagnostic, că nu este aşa de important cum se credea el, că este, de fapt, unul dintre cei mulţi, încadrat acum în unul dintre programele sociale tolerante pentru indivizii care nu mai sunt utili societăţii, care nu mai produc, ci doar consumă. O simplă privire, o vorbă mai răstită, amânări, ridicări din umeri, toate acestea provoacă în mintea pacientului bolnav de cancer o adevărată catastrofă. Nu poţi găsi compasiunea pe culoarele aglomerate ale secţiilor de oncologie, nu poţi găsi înţelegerea în faţa unui personal medical care el insusi face eforturi să supravieţuiască.

Depășirea acestei etape reprezintă vindecarea, ieșirea din starea de boală.

Nu este obligatorie traversarea etapelor de început aşa cum le-am descris, după cum, pentru procesul terapeutic, nu este obligatorie polemica despre şi definirea cu precizie a etapei în care se află bolnavul. Fiecare om în suferinţă are calea şi posibilităţile sale de recuperare. Fiecare terapeut, în funcţie de educaţia sa şi de gradul de responsabilitate îl poate ajuta mai mult sau mai puţin.
Apărută parcă din nevoia firească de a netezi, media şi însoţi omul bolnav de cancer, psihooncologia s-a maturizat ca ramură a psihologiei aplicate în paralel cu imposibilitatea medicinei alopate şi naturiste de a rezolva nevoile sufleteşti descrise mai sus. Scopul psihooncologiei este mult mai complex şi nu vizează doar crearea suportului moral, ci şi demitizarea

legendelor legate de cancer. Un psihooncolog nu tratează numai pacientul bolnav de cancer, ci și familia acestuia și, de ce nu, indirect pe medicul răspunzător de actul terapeutic alopat sau naturist, pe rudele și prietenii bolnavului, pe vecinii acestuia. Vi se pare complex? Gândiți-vă că schimbarea de atitudine a fiecăruia dintre noi se reflectă în natura relațiilor noastre comportamentale cu toți cei amintiți mai sus, iar ei vor trebui, la rândul lor, să se schimbe dacă doresc să fie în continuare cu noi.

Consimțământul informat poate rezolva tehnic relația medic-pacient. Dar, nu creează în timp premisele unei colaborări și înțelegeri a evoluției bolii. Într-o statistică făcută în sala de așteptare a cabinetului de consultație, s-a constatat cu surprindere că, din cele trei întrebări pe care un pacient le pregătise pentru medic, niciuna nu-i era adresată acestuia. Faptul în sine traduce nu ineficiența actului medical, ci insuficiența, limitarea prin sistemul de pregătire, incapacitatea profesională a specialistului de a gestiona în totalitate cazul. Nu se poate ara și semăna în același timp și cu același utilaj.

Psihooncologul, prin exercițiul său în domeniul sufletescului, va completa astfel actul medical. Fără a diminua importanța unuia sau a altuia, actul medical va deveni complet prin închiderea triunghiului medic curant-pacient-psihooncolog. Și aici trebuie să atrag atenția asupra relației profesionale care trebuie să se stabilească între primul și ultimul. După peste 20 de ani de practică în acest domeniu, am constatat că este foarte important ca aceștia doi să colaboreze. Chiar dacă pregătirea psihologului nu implică cunoștințe medicale, el trebuie să cunoască de la medical curant o serie de date biologice și terapeutice, gradul de participare, colaborare și implicare a familiei pacientului, valoarea încrederii care s-a stabilit între ei, programul terapeutic de viitor. La fel, medicul terapeut, indiferent de specialitatea lui, trebuie să fie convins că natura relației cu pacientul, bazată pe experiența de ani de practică, nu-l transformă peste noapte și în psiholog și, treptat, trebuie să-și formeze o responsabilitate și limitare a afirmațiilor sau sfaturilor pe care le adoptă. O bolnavă care-și studiază zilnic tumora de sân va fi bucuroasă când aceasta se va fi retras în urma tratamentului – a scăpat fără să i se taie sânul, dar va fi grav decompensată în încrederea ei în medicul care îi spune că totuși trebuie să se opereze de urgență, fiindcă nu se poate ști unde a migrat cancerul.

Necesitatea acestui sistem de colaborare este cu atât mai mare cu cât avalanșa informațională riscă să ne sufoce.

Noi înșine suntem amenințați de inițiativele și ofertele terapeutice cărora nu le putem verifica eficacitatea. Dar, în fața acestei transformări necontrolate a medicinei, amenințată de un tehnicism și o chimizare brutală, trebuie să știm să facem față cu ceea ce am moștenit genetic: relația interumană. Iar ea se stabilește dacă avem niște înțelegeri între noi, pacienți și medici, punându-ne niște întrebări de reper:

- Sunteți o persoană a epocii actuale?
- Credeți că trăiți în prezent?
- Cât de importantă este pentru dumneavoastră ziua de mâine? Ce se leagă concret de ea?
- Sunteți o persoană materialistă, cu picioarele pe pământ?
- Ce este mai important pentru dumneavoastră: a avea, a face sau a fi?
- Cum comunicați cu ceilalți?
- Considerați că sunteți o persoană iubită de ceilalți sau nu?
- Ceea ce sunteți acum sunteți și ceea cine sunteți?
- Cât de atașat ați fost de corpul dumneavoastră?
- De câte ori v-ați "călcat" pe suflet?
- Ce nu vă place din viață?
- Pe o scară de la 1 la 10, vă considerați o persoană suportabilă?

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN ROMÂNIA
ȘI
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„CAROL DAVILA”
BUCUREȘTI

Organizează

AL X-LEA CONGRES
AL SOCIETĂŢII DE NEUROLOGIE DIN ROMÂNIA

BUCUREȘTI
16-19 MAI 2012

www. neurology.ro

Eveniment organizat sub egida Academiei Române

SRP

Al 22-lea Congres al Societății Române de Pneumologie

"Plămânul – țintă sau cauză"

Hotel Piatra Mare - Poiana Brașov

30 mai – 2 iunie 2012

www.congrespneumo2012.ro www.srp.ro

PR & Comunicare:
Sănătatea PRESS GROUP
Expertul tău în comunicare pe domeniul medical