Anul VIII ■ Nr. 154 / 1 Iunie 2012
www.saptamanamedicala.ro

154

FIN WATCH

săptămâna MEDICALĂ

DIN SUMAR

Alergia, mai agresivă ca niciodată 10
Ecografia Doppler a arterelor cervicale 16
Cum să te aperi eficient de căpuşe 20

„Se impune crearea unor centre de excelenţă" 4

Tipuri de anestezie folosite pentru operaţia cezariană 18

Îngrijirea optimă a celor mici în sezonul cald 34

*număr de credite obținut la ediția precedentă

conferința națională de

CARDIOLOGIE ÎN MEDICINA GENERALĂ

București,
30 mai - 2 iunie, 2012
Crystal Palace Ballrooms

Cartea **"Electrocardiografie explicată"** de ***Prof. Dr. Dan-Dominic IONESCU*** va fi oferită **gratuit** participanților la lucrările conferinței. **Atenție!** Medicii înscriși până la data evenimentului au prioritate la primirea cărții.

Înscrieri si detalii pe:
WWW.MEDICA.RO

Crește nivelul de competență și specializare al medicilor

Sesiunea din mai 2012 a examenelor de rezidenţiat a arătat o creştere a apetitului şi opţiunii medicilor tineri absolvenţi de a urma calea unei specializări, eventual şi pentru o a doua specialitate şi în continuare, de a învăţa pentru a obţine alte atestate de studii complementare.

Examenele de rezidenţiat nu au fost o simplă formalitate, deşi la actuala sesiune, punctajul de admitere de 493 puncte din maximum 823 posibile, care ar echivala cu o notă de trecere de 6, ar putea lăsa impresia unui sistem de admitere destul de permisiv. Totuşi, în urma concursului au fost admişi doar 372 din 420 candidaţi înscrişi iar la concursul de ocupare pe posturi din cei 318 candidaţi, doar 296 au fost admişi, ceea ce dovedeşte că examenul nu este uşor. Mai multă severitate la admitere însă ar presupune şi riscul de a nu avea promoţii complete de medici rezidenţi sau ar face ca posturile vacante, care îşi aşteaptă medicul, să rămână mai departe neocupate.

Situaţia a fost mai dramatică la sesiunea din noiembrie 2011, când 40% din posturile scoase la concurs nu s-au ocupat, în specialităţi în care se înregistrează un deficit de cadre medicale, precum medicină de urgenţă, neonatologie, A.T.I., pediatrie ş.a.

Ca un indicator al nivelului de pregătire care se cere candidaţilor la rezidenţiate, anul acesta bibliografia de concurs a însemnat parcurgerea a cca 500 de pagini din 10 tratate medicale pe 50 de subiecte şi teme anunţate.

În ceea ce priveşte programul de pregătire în a doua specialitate, la sesiunea din mai 2012, interesul a fost de asemenea maxim, s-au suplimentat locuri în specialităţi precum Ortodonţie şi Ortopedie Dento-Facială, Chirurgie Orală şi Maxilo-Facială, Endocrinologie, Chirurgie Vasculară, Medicina Muncii ş.a.

La examenul de atestare studii complementare, la care s-au înscris în această sesiune 1045 de medici (deci, per total la nivel naţional, cam 1 medic din 50), de departe, interesul cel mai mare a fost pentru ultrasonografie generală (207 înscrişi), histeroscopie (93), în timp ce medicii dentişti au candidat preponderent pentru un atestat în implantologie (76).

Călin Mărcușanu

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Se impune crearea unor centre de excelenţă 4
Orice pacient mulţumit mi-a adus satisfacţie profesională 6
Procedee nechirurgicale în lupta cu ridurile 8
Alergia, mai agresivă ca niciodată ... 10
Tratamentul Endoluminal cu laser în boala varicoasă 12
Aportul ecografiei în explorarea abdominală..... 15
Ecografia Doppler a arterelor cervicale..... 16
Tipuri de anestezie în operaţia cezariană..... 18
10 sfaturi de utilizare a medicamentelor împotriva durerii .. 19
Cum să te aperi eficient de căpuşe..20
„Ce să nu-ţi lipsească din trusa de vacanţă" 22
Recuperarea medicală în mediul acvatic 24
Tulburările de coordonare centrală şi kinetoterapia.....26
Diabetul zaharat - o continuă provocare.....28
Secolul terapiilor ţintite (I).....30
Comunicarea eficientă cu pacientul oncologic.....32
Sfaturi pentru ingrijirea optimă a celor mici în sezonul cald 34

EDITOR
FIN WATCH
Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3, sc. 3, parter, 030775, sector 3, Bucureşti
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

(I) „Se impune unor **centre**

Interviu cu **Prof. Dr. Fulger Lazăr,** Preşedinte Comitet Local de Organizare Congres Naţional de Chirurgie 2012

Reporter SM: Medicina se învaţă din cărţi, din practica medicală curentă, se transmite şi „din tată în fiu", prin încredinţarea unor „secrete medicale" urmaşilor (cine are), sau studenţilor sau colegilor tineri şi ambiţioşi. Care consideraţi că sunt căile cele mai eficiente pentru ca practicile medicale, standardele înalte să se transmită rapid de la centre medicale de tradiţie către medici din alte unităţi de la periferia ţării?

Prof. Dr. Fulger Lazăr:
Prin tradiţie, medicina ca profesie liberală şi chirurgia în mod special presupun o lungă perioadă de învăţământ, atât teoretic cât şi practic. Este evident că studiul în disciplinele medicale, ţinând cont de dezvoltarea remarcabilă a medicinei, a devenit extrem de complex. Comparând etapele mari ale medicinei, medicina în Antichitate şi cea din Evul Mediu, constatăm că deosebirile nu sunt fundamentale, ucenicia pe lângă un maestru fiind calea de urmat.
Medicina modernă, care a început în secolul XIX, odată cu achiziţia unor cunoştinţe fundamentale în ceea ce priveşte morfologia, fiziologia, fiziopatologia şi patologia bolilor, a trecut de la etapa de „artă" deprinsă de la un maestru la ştiinţa însuşită prin mulţi ani de studiu, dar păstrează în continuare ceea ce se însuşeşte alături de medicul senior cu experienţă, şi anume arta diagnosticării, la care, în afara reperelor obiective, participă şi simţul clinic, dar şi strategia terapeutică, presupunând o lungă experienţă ce permite practicianului să aleagă, din multiplele variante, soluţia optimă, cu iatrogenie minimă.
Progresele remarcabile făcute în tehnologia medicală, achiziţiile în domeniul tratamentului medicamentos, cunoştinţele fundamentale privind patogenia şi evoluţia bolilor au transformat medicina într-o ştiinţă exactă, în care protocoalele terapeutice tind să înlocuiască acel caracter aleator al deciziei medicale.
Pe de altă parte, medicina modernă tinde să se ultraspecializeze în domenii mult mai înguste. Medicul internist a fost înlocuit de medicul specializat în cardiologie, boli de nutriţie, endocrinologie, pneumologie, nefrologie etc., iar chirurgul de chirurgie generală care aborda toate domeniile chirurgicale este, practic, în curs de dispariţie. Din trunchiul chirurgiei generale s-au

crearea de excelență”

desprins, după cel de-al Doilea Război Mondial, urologia și ortopedia, pentru ca apoi să se desprindă chirurgia vasculară, chirurgia plastică și reparatorie și, în continuare, există tendința de apariție a unor centre profilate pe domenii înguste: chirurgia colorectală, chirurgia esofagiană, chirurgia endocrină, chirurgia transplantului de organe etc. Avantajul ultraspecializării este dat de cumularea unor experiențe deosebite, care, prin performanță și rezultate, devin centre de excelență în domeniile respective. Există țări în care competența pentru anumite intervenții se poate obține numai în aceste centre de excelență, care au un număr mare de pacienți tratați. Menționez că, dacă un chirurg face 10 operații pe an, se apreciază că experiența lui este insuficientă pentru a obține rezultate foarte bune. Din acest motiv, în medicina actuală se impune crearea unor centre de excelență sau de referință pentru o țară, în care să se efectueze intervențiile chirurgicale complexe, cum sunt cele din chirurgia hepatică avansată, chirurgia pancreasului, chirurgia esofagului, chirurgia colorectală, chirurgia vasculară, chirurgia obezității.
Cred că, la noi în țară, acesta este drumul de urmat, iar centrele medicale care au dovedit preocupări într-un anumit domeniu trebuie să fie încurajate și susținute de factorii responsabili.

Reporter SM: Care ar trebui să fie rolul colegiului medicilor pentru ca să reprezinte cu adevărat voința medicilor în forurile decizionale și pentru ca problemele lor reale să fie mai bine cunoscute și rezolvate acolo unde se iau decizii care îi privesc pe aceștia?

Prof. Dr. Fulger Lazăr:
Colegiul Medicilor, așa cum a fost gândit inițial, urma să fie o structură prin care corpul medical să-și poată impune opinia în raport cu finanțatorul, fie acesta Casa Națională de Asigurări, fie Ministerul Sănătății, dar și să fie un element important în raport cu organele judecătorești în cazul evaluării practicii medicale. Realitatea arată că, ulterior înființării Colegiului Medicilor, în etape succesive, prin hotărâri succesive, factorul decizional politic a dus la diminuarea rolului Colegiului Medicilor în negocierile atât cu Casa Națională de Asigurări cât și cu Ministerul Sănătății. Pentru a da un exemplu concret: în comisiile paritare, rolul Colegiului Medicilor este doar consultativ, iar ulterior, în cadrul structurii Colegiului Medicilor, s-a înființat o comisie de disciplină cu activitate independentă, tocmai cu scopul de a diminua autoritatea Consiliilor Județene. Cred că, în perspectivă, importanța rolului Colegiului Medicilor va fi mai mare dacă, printr-o negociere cu structurile guvernamentale, se va obține creșterea autorității profesionale a Colegiului Medicilor și dacă vor fi impuse criterii mai stricte în eliberarea autorizațiilor pentru libera practică și pentru deschiderea a noi cabinete și centre medicale. Impunerea acestor criterii stricte va fi posibilă doar dacă rolul Colegiului Medicilor va fi acceptat ca decisiv. Faptul că, în acest moment, există o implicare atât a Ministerului Sănătății cât și a Casei de Asigurări de Sănătate duce la o dualitate care face să se dilueze autoritatea Colegiului Medicilor.

„Orice pacient mi-a adus satisfacție

Interviu cu Preşedintele Simpozionului TIMB-FRAS 2012, **Profesor Dr. Tiberiu Bratu** - Medic primar Chirurgie Plastică, Reparatorie și Estetică

Ați urmat stagii de perfecționare la Toulouse și Reims. Cum apreciați valoarea teoretică și practică a medicinii franceze? Nu ați fost tentat să vă continuați activitatea acolo, așa cum au făcut alți medici români?

Am fost pentru prima oară în Franţa imediat după Revoluţia din 1989 şi am găsit o mare discrepanţă între posibilităţile pe care le aveam noi aici şi cele de acolo. În acest moment cred că sunt comparabile condiţiile dintr-o clinică privată din România cu cele de acolo. Poate că atunci (acum 20 ani) am fost tentat, dar nu am făcut-o, iar acum în niciun caz nu aş pleca.

Cât de importantă este acreditarea de către Bordul European de Chirurgie Plastică a Clinicii de Chirurgie Plastică și Reparatorie UMF Timișoara? Ce reprezintă această acreditare pentru dumneavoastră și colegii din clinica timișoreană? Care sunt criteriile ce au fost îndeplinite pentru a obține acreditarea?

Acreditarea de către Bordul European de Chirurgie Plastică şi Reparatorie reprezintă o recunoaştere a nivelului clinicii noastre din punctul de vedere al dotării materiale şi cu aparatură, al complexităţii, dificultăţii şi multidisciplinarităţii cazurilor rezolvate în decursul unui an, dar şi din punctul de vedere al conectării medicilor care funcţionează în clinică la comunitatea ştiinţifică şi didactică. Recunoaşterea europeană dovedeşte calitatea actului medical şi a celui de învăţământ desfăşurate în cadrul clinicii, aspecte importante pentru medicii care lucrează aici şi, mai ales, pentru cei care sunt în procesul de învăţământ, precum şi pentru pacienţii trataţi aici.

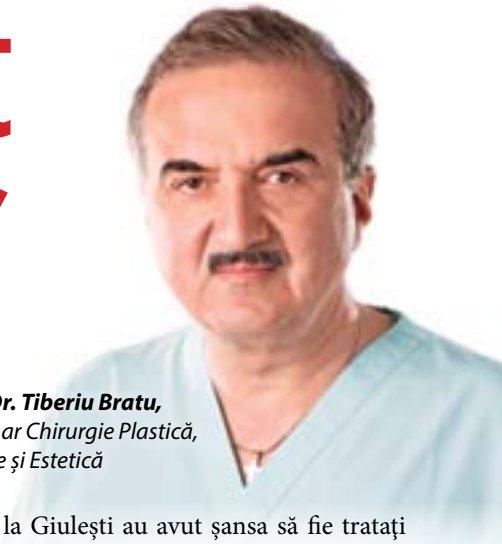
Ca șef al Clinicii de Chirurgie Plastică și Reparatorie UMF Timișoara ați efectuat peste 20.000 de intervenții chirurgicale, pe o paletă largă - grefări în arsurile profunde, reconstrucții de sâni amputați pentru neoplasm, măriri de sâni hipotrofici, mamopexii, reconstrucții de pavilion auricular, tratamentul cicatricelor cheloide etc. Ce intervenții de acest tip v-au adus cele mai mari satisfacții profesionale?

Practic, orice pacient mulţumit mi-a adus satisfacţie profesională şi nu pot spune că există operaţii mici, căci pentru oricare pacient respectiva problemă este foarte importantă, chiar dacă este mică din punctul de vedere al chirurgului.

Pe lângă practica medicală aveți și o prodigioasă activitate de cercetare - 10 cărți, 50 de lucrări publicate in extenso în reviste de specialitate, 70 de lucrări publicate în volume de rezumate, peste 300 de lucrări comunicate la diverse congrese. Care apreciați că sunt principalele tendințe și noutăți în chirurgia plastică?

În ultimii ani s-au impus foarte mult operaţiile de reconstrucţie prin procedee de reconstrucţie microchirurgicală, care permit rezolvarea unor defecte foarte mari posttraumatice sau postexcizie,

mulțumit profesională”



Profesor Dr. Tiberiu Bratu,
Medic primar Chirurgie Plastică, Reparatorie și Estetică

formaţiuni tumorale. Sperăm ca, într-un an, să funcţioneze în centrul nostru un compartiment pentru tratarea arsurilor mari, care va fi dotat cu 5 paturi şi personal supraspecializat în centre europene de prestigiu. De asemenea, vrem să înfiinţăm şi un compartiment pentru chirurgia cancerului de sân, unde o echipă multidisciplinară să rezolve atât problema cancerului de sân cât şi reconstrucţia sânului amputat.

Clientela dumneavoastră este variată, de la muncitori, victime ale accidentelor de muncă, până la vipuri, interesate de potențialul estetic al operațiilor și care doresc doar să-și îmbunătățească fizionomia. Cum reușiți să-i mulțumiți pe toți?

Încercăm, şi chiar este foarte important pentru mine, să-i tratăm pe toţi oamenii la fel, fiindcă cei mai săraci au poate mai multă nevoie de înţelegere şi compasiune.

Față de o operație de chirurgie asupra unui organ intern, la care totul este ascuns sub piele, în cazul chirurgiei estetice operația este „la vedere”. Este un avantaj sau un dezavantaj?

Chiar şi chirurgii abdominali sunt judecaţi după aspectul extern al cicatricii. De nenumărate ori am vorbit cu pacienţi care nu mai aveau probleme funcţionale, dar cicatricea exterioară era foarte urâtă.

Ați avut, în lunga dumneavoastră activitate, cazuri în care ați salvat oameni? Știu că o persoană cu un grad mare de arsuri poate fi imposibil de salvat. Copiii de la Giulești ar fi putut fi salvați?

Copiii de la Giulești au avut șansa să fie tratați în cea mai modernă secție de arși din țară sau poate chiar din Europa, unde prof. Dan Enescu face minuni.

Colaborați bine cu medici din alte specialități medicale? Mă gândesc la ortopezi, dermatologi, poate chiar psihologi sau alte specialități?

Colaborez bine cu toată lumea şi foarte importantă pentru mine este colaborarea cu clinica ATI condusă de prof. Dorel Săndesc, care este preşedintele Societăţii Române de Anestezie şi Terapie Intensivă, iar de o lună, membru în Bordul Mondial de Anestezie.

Aveți pacienți din străinătate. Care sunt motivele pentru care ei ar veni să se opereze în România?

Există anumite lucrări care v-au adus faimă? Sau numai la clinica din Timișoara se fac unele operații ori anumite tehnici (câteva le-ați și brevetat)? Sau pentru că aveți prețuri bune?

Vreau să cred că pacienţii din străinătate vin la noi nu numai fiindcă avem preţuri bune. 90% dintre pacienţi vin pentru că au văzut oameni operaţi de noi şi sunt mulţumiţi. Pentru mine este o onoare să operăm pacienţi din foarte multe ţări. Pacienţii din străinătate vin pentru profesionalismul nostru, pentru condiţiile deosebite din clinică, pentru siguranţa actului operator.

Procedee în lupta cu

Creme, seruri, peelinguri, mezoterapie, dermabraziune, toxinabotulinică, platelet rich plasma treatment, acid hialuronic, tratamente laser, lifting-ul chirurgical, când, unde și de ce?

Ce presupune fiecare intervenţie, când şi cui se adresează, ce riscuri comportă şi cum se pot preveni acestea? Rezultatele sunt imediate, persistă pe termen lung?
Căutăm să arătăm cu 10 ani mai tineri şi nefiresc sau să conservăm naturaleţea cu care am fost înzestraţi, frumuseţea din spatele unui zâmbet senin, din care să nu răsară izbitor corecţii duse la extrem?
Din fericire, industria de specialitate îi oferă atât medicului, cât şi pacientului său aflat la răscrucea întâlnirii cu vârsta cronologică, o gamă extinsă de opţiuni de rejuvenare!
Secretul e întâlnirea între aşteptarea realistă a pacientului, experienţa medicului şi calculul cât mai precis în evitarea reacţiilor adverse şi asupra corecţiei unui defect!

Toxina botulinică

Riduri fine în treimea superioară a feţei, rezultate în urma unei mimici exagerate? Toxina botulinică poate fi soluţia. Procedura durează câteva minute, uşorul discomfort poate fi evitat prin răcirea prealabilă a zonei, efectul este relaxarea musculaturii, se instalează în 3 până la 7 zile post injectare şi persistă 3,5 - 4 luni. Aparent simplă, injectare a substanţei trebuie adaptată fiecărei fizionomii, riscurile unui tratament incorect fiind pe lângă cel imediat de hematom la locul de injectare, ptoza palpebrală, asimetrie a poziţionării sprâncenelor, durere locală, slăbiciune musculara şi chiar reacţii alergice. Medicul curant va trebui să se asigure de absenţa unor patologii tip miastenia gravis, infecţie la locul de injectare, afecţiuni cardiace, sindrom Eaton-Lambert. Tratamentul nu se efectuează femeii însărcinate sau în perioada de alăptare.

Augmentarea facială cu acid hialuronic

Se adresează unui segment extrem de vast de „defecte" cutanate, de la pierderea volumului buzelor, corecţia ridurilor foarte fine, umplerea cicatricilor şi până la reconturarea pomeţilor, a şanţurilor naso-labiale, a ridurilor de la nivelul decolteului şi a volumului feţei dorsale a mâinii îmbătrânite.
Tipul de substanţă injectată se alege în funcţie de zonă, grad de umplere necesar, durată de viaţă a substanţei şi profunzimea la care se va injecta. Pacientul trebuie să fie informat asupra metodei de injectare, a posibilităţi injectării atraumatice cu canule fine care nu vor leză vase şi nervi, nu vor produce hematoame sau edem local, asupra unei potenţiale necesităţi de corecţie după o săptămână care se preferă unei prime injectări supradimensionate.
Riduri profunde, laxitate cutanată, cicatrici post acnee, cuperoză, ten tern şi lipsit de vitalitate, poridilataţi. Tratamentele laser de ultimă generaţie vin în sprijinul acestor patologii prin

nechirurgicale ridurile

adaptarea specifică funcţie de lungimea de undă şi posibilitatea adaptării parametrilor tip cantitate de energie, durată puls, frecvenţă şi răcire încorporată, pacientul având astfel acces la terapii efectuate în pauza de prânz, în siguranţă pentru fototipurile închise (III, IV), fără urme reziduale şi cu un discomfort minim. Din istoricul medical al acestor pacienţi vor trebui să lipsească afecţiunile de collagen reacţiile fotoalergice, tumorile cutanate, medicaţie fotosensibilizantă cel puţin 6 săptămâni anterior, sarcina şi perioada de alăptare, infecţiile zonei de tratat sau prezenţa unei substanţe tip acid hyaluronic superficial injectat.

Tratamentul PRP

Platelet rich plasma, „vampire skin therapy", îmbunătăţeşte calitatea tegumentului printr-un procedeu foarte simplu. Folosit iniţial în medicina sportivă în repararea tendoanelor, s-a descoperit că este extrem de benefic în rejuvenarea tisulară cutanată, prin aportul de factori de creştere recoltaţi din propriul sânge şi separaţi prin centrifugare şi tratare cu clorură de calciu.

Nedureros şi atraumatic, durează 10-15 minute şi riscul de reacţii alergice este nul.

Versatilitatea terapiilor prezentate anterior şi posibilitatea combinăriilor, uneori chiar într-o singură şedinţă, conferă şansa creării unui aspect natural al tenului, a unui chip senin şi zâmbitor, fără down time şi riscuri mari de complicaţii pentru pacient.

Dr. Oana Octavia Spânu
Medic specialist Dermatolog
Centrul Medical Academica
www.academica-medical.ro

Alergia, mai agre

***Dr. Monica Schifirnet**,*
medic primar alergologie
și imunologie la clinica
Gral Colentina

Caracteristici generale

Suntem într-un secol aflat sub amprenta poluării, a stresului, a luptei cu timpul, a obsesiei igienice și a egocentrismului dus la limitele de sus ale materialismului. Toate aceste direcții sfâșie efectiv ființa umană în toate felurile, motiv pentru care organismul biologic este și el afectat atât de tare, încât se conturează din ce în ce mai mult o nouă dominare a unor boli considerate neglijabile până acum: alergiile, cancerul, depresiile și anxietatea, stresul informatic și bolile autoimune.
Igiena exagerată, agresiunea organismului cu substanțe chimice și consumul de alimente tratate chimic reprezintă o parte importantă dintre factorii declanșatori ai apariției bolilor alergice. Din cauza igienei exagerate, sistemul imunitar nu mai este direct angrenat în lupta cu microbii și devine mult mai sensibil la substanțele banale cu care intră în contact, ducând în final la alergii.

Incidența bolilor alergice

Bolile alergice devin de la an la an mai frecvente, în prezent estimându-se că aproximativ 20% din populația mondială și 25% din populația europeană suferă de alergii, persoanele afectate fiind de orice vârstă, dar cu precădere copii, adolescenți și adulți tineri. Se estimează că în acest ritm, în viitor, unul din doi oameni vor avea o afecțiune alergică.

Ce este alergia?

Din cauze necunoscute până în prezent, sistemul imunitar produce în cantitate crescută niște anticorpi (Imunoglobuline E) față de anumite substanțe numite alergeni, substanțe tolerate însă de majoritatea persoanelor. Este vorba despre un răspuns imunitar îndreptat într-o direcție greșită. Există și alte mecanisme de producere a reacțiilor alergice, dar cel mai frecvent întâlnit este acesta prin IgE.
Există un risc crescut dat de predispoziția genetică, unde riscul estimat al copilul să fie alergic depășește 50% și devine și mai mare dacă ambii părinți sunt alergici.
Bolile alergice se pot manifesta la nivelul pielii și mucoaselor (urticarie, angiodem cu sau fără localizare de gravitate), la nivel digestiv (alergii alimentare, diaree, meteorism abdominal), la nivelul ochilor (conjunctivită alergică), la nivelul căilor respiratorii (rinită, astm bronșic alergic) sau chiar la nivelul întregului organism (reacții sistemice - șoc anafilactic).

Tipuri de alergii și simptome

Cele mai cunoscute sunt alergiile respiratorii, numite rinite, rinosinuzite, astm bronșic alergic. Principalele manifestări ale alergiilor respiratorii sunt:

- în cazul rinitei alergice: strănut, mâncărimea nasului (prurit nazal), nas care curge apos (rinoree apoasă), nas înfundat (obstrucție nazală bilaterală, alternantă);
- în cazul astmului alergic: mâncărime în cerul gurii (prurit palatinal) și în ureche (prurit otic), oboseală (fatigabilitate), durere de cap (cefalee), lipsa poftei de mâncare (anorexie), scăderea sau lipsa mirosului (hiposmia sau anosmia), tuse, respirație șuierătoare (wheezing), senzație de sufocare (dispnee) sau de constricție a pieptului.

Alergiile respiratorii se pot manifesta sezonier sau zi de zi (peren) în funcție de prezența alergenului cauzator și se pot prezenta în forme diferite de severitate. Cei mai frecvenți alergeni respiratori sunt acarienii din praful de casă, mucegaiurile, polenurile, epiteliile și perii de animale de companie (câini, pisici, iepuri, porcușor de guineea etc.).

sivă ca niciodată

Alergiile alimentare se manifestă rapid după ingerarea alimentului alergenic și se manifestă prin prurit orofaringian, erupții cutanate pruriginoase, edeme faciale, linguale sau glotice (acesta din urmă reprezintă edem cu localizare de gravitate, putând determina sufocare și deces prin insuficiență respiratorie acută), greață, vărsături, diaree sau uneori reacții brutale ale întregului organism, asociate cu scădere de tensiune arterială (șoc anafilactic).

Principalii alergeni alimentari sunt: proteinele laptelui de vacă, albușul și gălbenușul de ou, alunele, arahidele, soia, peștele, țelina, morcovul, făina de grâu, roșiile, kiwi, bananele, cafeaua, cacaua, piersicile, caisele etc. Teoretic, orice proteină alimentară poate fi alergenică.
Pe lângă cele 2 categorii mai există și alte tipuri de alergii: alergii la veninul de insecte, alergii medicamentoase, alergii la animale etc.

Diagnosticul alergiei

Diagnosticarea alergiei și identificarea alergenului care cauzează reacția alergică sunt uneori dificile, necesitând identificarea acestor IgE specifice prin diverse metode. Se pot efectua teste alergologice, fie cutanat (tehnica prick), fie prin recoltare de sânge și tehnici specifice de laborator.
Testarea cutanată prick este cel mai des utilizată (folosind soluții standardizate de alergeni pentru testare), este cea mai ieftină și mai rapidă (rezultatele se obțin în 15-20 minute) și este mai bine corelată cu adevăratele sensibilizări alergice relevante pentru simptomele pacientului. Este nonagresivă, nedureroasă și nepericuloasă dacă este efectuată corect, în corelație cu istoricul alergic al pacientului și cu stadiul de boală prezent.
Testarea alergologică din sânge se indică doar pentru pacienții la care nu se pot respecta condițiile unei testării cutanate corecte, sunt investigații invazive (presupun recoltare de sânge venos), sunt mult mai scumpe, rezultatele se obțin în funcție de laborator în câteva zile.

Atenție: Măsurarea nivelului seric de IgE total nu este foarte valoroasă pentru stabilirea unui diagnostic de alergie, ea fiind doar orientativă, deoarece există mulți pacienți alergici cu IgE total normal. Pentru pacienții cu alergie respiratorie se impune, de cele mai multe ori, efectuarea unor investigații ale funcției pulmonare, cea mai utilizată fiind spirometria.
Spirometria măsoară, cu ajutorul unui aparat numit spirometru, volumele și debitele de aer pe care le mobilizează plămânul unei persoane la un moment dat. Este o metodă noninvazivă, ușor de realizat, ieftină, reproductibilă. Prin această investigație se evidențiază mai ales obstrucția căilor respiratorii, severitatea și reversibilitatea acesteia la tratament bronhodilatator. E bine de efectuat seriat, repetat, fie în diverse momente ale zilei, fie în funcție de simptomele pacientului, pentru a obiectiva cauzele acestora, fie pentru monitorizarea răspunsului la tratament. Ea este esențială pentru diagnosticarea și stadializarea severității astmului bronșic.
Atenție: Trebuie știut că toți pacienții cu rinită și rinosinuzită alergică ar trebui să efectueze spirometria, pentru că această afecțiune se asociază foarte frecvent cu astmul bronșic.

Prevenție și informare

În perioada 15 mai – 30 iunie 2012, Gral Medical desfășoară campania "**M-a făcut mama parașutist**", campanie de prevenție și combatere a bolilor alergice.

Toți participanții vor beneficia de o consultație gratuită la medicul specialist alergolog plus 63% reducere la 10 teste cutanate.

Află cauza alergiei tale în clinicile Gral Medical:
- Clinica de Diagnostic Gral: 021-323.00.00
- Clinica Gral Colentina: 021-317.83.95
- Clinica MC Gral Ploiești: 0244-597.753
- Clinica OncoFort Craiova: 0351-442.419

sau online la pe www.gralmedical.ro

Tratamentul Endoluminal

Datorită incidenței crescute și răspândirii largi în rândul populației adulte (15-30%), la ora actuală, boala varicoasă nu mai este doar un capitol anume din manualele medicale, dimpotrivă termenul de „varice" se aude la tot pasul.

Varicele hidrostatice nu sunt altceva decat dilataţii permanente și patologice ale venelor superficiale de la nivelul membrelor inferioare (vena safenă mare=internă, vena safenă mică=externă). Fiecare venă este dotată în interior din loc in loc cu valve care permit curgerea sângelui doar într-un singur sens, spre inimă. În momentul în care valvele sunt incontinente, afectate, sângele va curge prin vene aberant în toate sensurile, fapt care duce la apariţia de dilatări la nivelul venelor și instalarea pe plan clinic a insuficienţei venoase cronice cu rezultatele atât de neplăcute atât estetic cât și funcţional și simptomatic.

Factori favorizanți

Dintre numeroșii factori favorizanţi ai apariţiei bolii varicoase, cum ar fi spre exemplu ortostatismul prelungit, sarcina, efortul muscular intens și prelungit, mai ales efortul brusc, brutal, căldura și umiditatea excesivă, obezitatea, dereglări hormonale, traumatisme de la nivelul membrelor inferioare, moștenirea genetică se pare că ocupă astăzi locul cel mai însemnat.

Pe cine afectează?

Varicele afectează ambele sexe cu precădere sexul feminin. La nivel mondial se consideră însă că boala afectează în egală măsura atât femeile cât și bărbaţii, diferenţa constând în faptul că sexul frumos apelează mai des la medic pentru această problemă din motive estetice. Evoluţia bolii este lentă, de cele mai multe ori fără dureri, motiv pentru care pacienţii se prezintă la medic foarte târziu, după 10-15 ani de evoluţie, când au apărut deja complicaţiile și intervenţia chirurgicală este mult mai dificil de efectuat.

Simptome

Cele mai frecvente simptome și semne care apar sunt senzaţia de picioare obosite, tensiune gambieră, amorţeli, cârcei, furnicături, tumefiere gambieră, precum și aspectul pe care-l cunoaștem cu toţii în stadiile avansate: dilataţii venoase multiple, lacuri și pachete varicoase inestetice, adevaraţi „ciorchini" de vene tortuoase.

Lucrul cel mai important de ştiut este că varicele se pot vindeca!

Netratate însă în timp util-primii doi, trei ani de la apariţie, varicele pot evolua spre forme complicate. Există trei complicaţii de temut ale bolii varicoase: tromboflebita superficială varicoasă (varicoflebita)-coagulare a sângelui în interiorul venei varicoase, tulburări trofice cutanate- ce merg de la modificări de culoare ale tegumentului, eczeme varicoase, dermatita de stază, până la apariţia ulcerului varicos, ruptura varicelor cu apariţia unei hemoragii masive.

> „Lucrul cel mai important de ştiut este că varicele se pot vindeca!„.

Boala varicoasă trebuie astfel tratată atât datorită acuzelor simptomatice și estetice, dar și pentru a împiedica apariţia complicaţiilor.

În ce privește tratamentul bolii există astăzi o gamă variată de proceduri chirurgicale, de la intervenţia clasică deschisă de smulgere a venei cu probleme (stripping plus extirpări de pachete varicoase), la tratamentul ambulator și până la terapia cu laser, metoda cea mai nouă și mai modernă de tratament.

În afară de cazurile cu indicaţie curativă din motive preponderent estetice, care este relativă

cu laser în boala varicoasă

și legată de dorinţa pacientului, aproape toate tipurile de varice se pot trata astăzi prin tratament ambulator și se obţin rezultate optime atât din punct de vedere patogenic (cauzal), cât și estetic. Procentul de recidivă după majoritatea terapiilor moderne este sub 5 % la circa 10 ani de la intervenţie comparativ cu operaţia clasică în care recidivele apar în procent de 25-30%.
Având în vedere caracterul minim invaziv al acestor noi proceduri, se poate repeta ușor tratamentul pentru completarea rezultatelor primei operaţii în cazurile rare de recidivă.

Terapia cu laser (ILVO-intralumenal vein occlusion)

Este o procedură minim invazivă care nu necesită spitalizare, anestezia propusă este locală înlăturând astfel riscurile și complicaţiile altor tipuri de anestezie și efectele adverse ale drogurilor anestezice, reprezentând un mare salt în chirurgia ambulatorie a varicelor hidrostatice.
Este cel mai modern tratament chirurgical al varicelor fără stripping (adică fără smulgerea venelor insuficiente) și constă în fotocoagularea termică cu contracţie tisulară și distrugerea colagenului din perete vasului, ducând astfel la obliterarea și/ sau distrugerea venelor tratate.
Laser terapia este indicată ideal persoanelor cu boala varicoasă în primele stadii de dezvoltare, când insuficienţa venelor e de grad mic și mediu, înainte de apariţia complicaţiilor, cu alte cuvinte persoanelor educate în ce privește boala lor și care se prezintă timpuriu la medic.Terapia nu se adresează pacienţilor care suferă și de afecţiuni arteriale circulatorii, au tromboze venoase profunde sau cei cu tare multiple asociate. Venele varicoase tortuoase sau cu malformaţii datorită imposibilităţii tehnice de cateterizare nu pot fi abordate în acest fel. Deoarece nu toate formele și stadiile de boala varicoasă pot fi tratate cu laser, alegerea cazurilor ca la majoritatea trata-

mentelor chirurgicale este foarte importantă, de altfel de aceasta depinde și succesul metodei.
Cu toate acestea experiența locală, de peste 5 ani, a demonstrat că foarte multe din cazurile considerate teoretic depășite evolutiv pentru metoda modernă au fost rezolvate cu succes prin tehnici combinate între ocluzia intraluminală cu laser și interventii minime chirurgicale pe pachetele varicoase dificile, bineînțeles în aceleași condiții de

confort maxim pentru pacient.
Aceste succese terapeutice necesită însă prezența și experiența unui medic specialist în chirurgie vasculară și a unei dotări complete a clinicii respective, și nu pot fi obținute în simple servicii cu regim cosmetico-medical ce se bazează exclusiv pe utilizarea aparaturii.
Procedura rapidă și cu disconfort minim pentru pacient, tratamentul endovenos se face sub ghidaj ecodoppler. Folosind metoda puncției venoase sau doar o mică incizie de circa 2-3 mm se introduce fibra optică prin vena afectată (safena mare sau safena mică) ascendent până la nivelul joncțiunii safeno-femurale și sub control ecografic laserul obliterează vena de sus în jos pe dinăuntru. Durata unei intervenții este minimă, în circa 3 ore de la intervenție pacientul se mobilizează, parasește clinica pe propriile-i picioare și merge acasă să-și continue activitățile cotidiene. Tehnica este considerată revoluționară, cu avantaje evidente față de metoda clasică cum ar fi absența cicatricilor și a durerii postoperatorii, fără lezarea țesuturilor învecinate și foarte important absența spitalizării. Lipsa hematoamelor care apar la o intervenție clasică, deschisă de stripping, este un alt avantaj al tehnicii și un beneficiu considerat important de către pacient. Pe lângă evidentele avantaje estetice pe care ni le oferă procedura, există și rezultate patogenetice impresionante (ocluzii complete postoperator citate în literatură de peste 98% cu o rată de repermeabilizare minimă).
Trebuie efectuat un consult profesionist bazat atât pe echipamente moderne ca Doppler vascular, Ecograf doppler color, măsurători volumetrice digitale cât și pe un clasic, dar atât de important, consult clinic direct și o discuție informativă sinceră și liberă între chirurgul vascular și pacient.
Tratamentul varicelor reticulare, a teleangiectaziilor, „spider veins" poate fi efectuat prin scleroterapie chimică sau, în funcție de caz, coagulare laser de suprafață.
Tratamentul cu laser endoluminal al bolii varicoase efectuat cu ajutorul procedurii ILVO, a echipamentului MedArt 426, de ultimă generație cu laser de 810 nm și kituri intravenoase de unică folosință.
Tratamentul adițional procedurii laser, minim invaziv, constă în flebectomii minime, fără suturi și cicatrici.
Procedurile chirurgicale moderne sunt o alternativă la terapia laser în cazurile speciale, cu evoluție îndelungată a bolii și complicațiile ce pot apare.
Trebuie să subliniem încă o dată importanța existenței unui departament complet de chirurgie vasculară, care este capabil să trateze orice formă evolutivă a afecțiunii și mai ales să poată trece imediat la o procedură chirurgicală clasică în funcție de situația clinică fără a fi necesar transferul pacientului într-un alt serviciu medical. De asemenea, specializarea personalului și dotarea cu echipament complet operator și de terapie intensivă permite gestionarea oricărei (puțin probabilă) complicație sau incident intră și postoperator. Nu în ultimul rând clinica poate oferi un tratament chirurgical clasic, deschis, mai puțin costisitor, în cazurile cu astfel de indicație unică, fără a cădea în capcana de a propune ILVO oricărui pacient, în ciuda rațiunilor strict economice.

Dr. Med. Gheorghe Crăciun

Aportul ecografiei în explorarea abdominală

Progresele obținute în construcția ecografelor și, mai ales, a sondelor ecografice a făcut ca astăzi metoda să fie esențială în medicina internă și în alte specialități.

Este cunoscută utilitatea ei, dar mai ales faptul că este neiradiantă, ieftină, reproductibilă și singura care permite diagnosticarea "în timp real". Accesibilitatea metodei, a echipamentelor și, nu în ultimul rând, formarea unui număr mare de specialiști în ecografie au făcut ca, înainte de multe alte metode diagnostice, să se apeleze la acest mijloc. Pe ansamblu ecografia aduce beneficii incontestabile, care se traduc în rapiditate diagnostică și terapie țintită și eficace.

Ecografia poate vizualiza perfect pancreasul, ficatul, rinichii, splina și organele genitale interne și poate pune în evidență modificările patologice, de la simpla modificare a dimensiunilor și formelor acestor organe, până la afectările de natură inflamatorie, degenerativă sau tumorală.

Azi nu se mai practică tubajul duodenal și nici colecistografia, pentru că ecografia este cea mai bună metodă de vizualizare a colecistului și a eventualilor calculi. Un comentariu similar se poate face în ceea ce privește vizualizarea calculilor renali sau a afecţiunilor obstructive renale (hidronefrozele).

Până la obţinerea rezultatelor analizelor de sânge, putem deja diagnostica ecografic o pancreatită, o colecistită sau chiar o ciroză hepatică.

Este uşor de înţeles faptul că nu se mai poate imagina un serviciu de urgenţă fără un ecograf, care, de cele mai multe ori, orientează sau transșează diagnosticul încă din primele momente. În acest context, metoda se dovedește deosebit de utilă și în diagnosticul diferenţial al unor afecţiuni cu simptomatologie asemănătoare (de exemplu, colecistita, litiaza biliară, colica renală sau afecţiuni acute cu sancţiune chirurgicală, cum sunt peritonita sau ocluzia).

Ecografia, care inițial nu aborda patologia intestinală, știut fiind faptul că ultrasunetele nu străbat straturile cu aer, începe, mai nou, să aducă date valoroase și în diagnosticarea apendicitei acute, a rectocolitei sau a bolii Crohn.

În fine, stadializarea oricărei neoplazii implică automat o ecografie abdominală pentru evidențierea eventualelor metastaze sau adenopatii.

Concluzia este că această metodă a devenit practic "al doilea stetoscop" al unui medic și este bine să facem măcar o ecografie pe an pentru a avea o imagine reală asupra stării noastre de sănătate.

Dr. Cornel Lungu
Medic Primar MF - Ecografie,
Clinica Bioterramed

Ecografia Doppler a

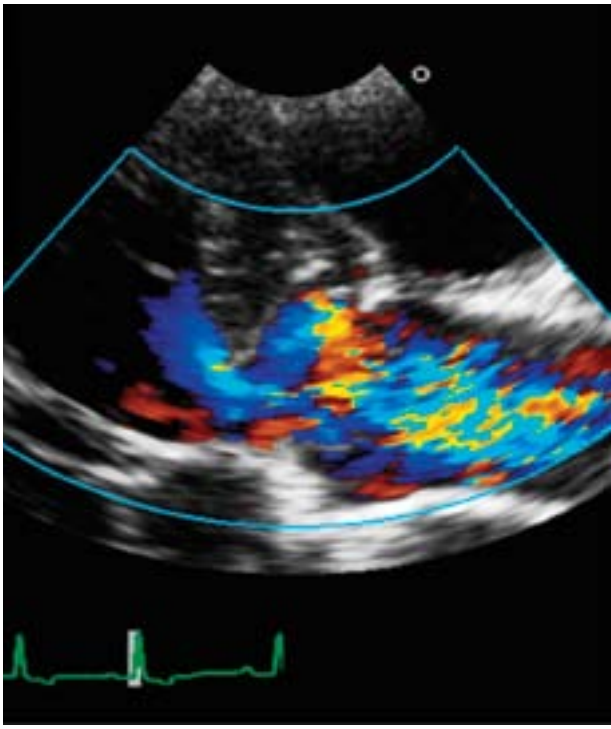
Dr. Irina Mirela Protosevici -
medic primar neurologie clinică
Medas Professional

Arterele care irigă creierul cu sânge trec prin regiunea cervicală (a gâtului). La acest nivel ele sunt ușor de explorat cu ajutorul ultrasunetelor. Cele două artere carotide interne (dreaptă și stângă) irigă cea mai mare parte a creierului în porțiunea anterioară iar cele două artere vertebrale (dreaptă și stângă) irigă porțiunea posterioară a creierului, dar și cerebelul și trunchiul cerebral (porțiunea sistemului nervos care face legătura dintre măduva spinării și creier). Cu ajutorul ultrasunetelor, pot fi vizualizate și explorate în regiunea cervicală inclusiv arterele carotide comune, arterele carotide externe și arterele subclavii.

Metoda de explorare ultrasonică se bazează pe recepţionarea de către aparatul ecografic a ecourilor pe care structurile anatomice explorate le emit în urma contactului acestora cu undele pe care le emite sonda aparatului. Undele folosite de ecograf sunt ultrasunetele, vibraţii cu o frecvenţă mai mare decât sunetele (ultrasunetele nu pot fi auzite de urechea umană).
Ultrasunetele sunt emise și recepționate de sonda aparatului ecograf, sonda conţinând cristale piezoelectrice, care vibrează în contact cu un curent electric slab. Structurile anatomice spre care sunt trimise ultrasunetele le pot absorbi pe acestea (ex: structurile moi, lichidiene sau grăsoase), le pot reflecta, trimiţând înapoi ecouri, sau le pot dispersa. Aparatul analizează ecourile ultrasunetelor de la structurile anatomice și creează o imagine în timp real a acestor structuri. În cazul nostru, putem vedea vasele de sânge (artere sau vene), putem vizualiza pereţii acestor vase, putem vedea, de asemenea, depunerile de colesterol de pe pereţii arterelor şi putem vedea dacă vasul de sânge este îngustat (stenozat) sau astupat prin cheaguri de sânge. De asemenea, se poate vedea dacă depunerile de colesterol şi grăsimi de pe pereţii arterelor au risc mare de a forma la nivelul lor cheaguri de sânge care pot bloca arterele şi, astfel, pot determina accidente vasculare. Aceste imagini reprezintă ecografia bidimensională.

Fenomenul Doppler

Aparatul poate analiza însă şi ecourile emise de coloana de sânge în mişcare prin artere sau vene.



arterelor cervicale

La baza acestei analize stă efectul/fenomenul descris în secolul XIX de fizicianul austriac Christian Doppler (variaţia frecvenţei unei unde emise sau reflectate de un obiect în mişcare faţă de un receptor staţionar). De aceea, metoda se numeşte Doppler. Cu ajutorul acestei metode se poate evidenţia viteza de curgere a sângelui, modul de curgere a sângelui prin artere (curgere lină, laminară sau curgere cu vârtejuri, turbioane, adică turbulentă). Aparatul evidenţiază această curgere a sângelui prin sunete şi prin imagini. Imaginile sunt fie sub forma unui grafic al vitezelor, fie sub formă de culori care apar în interiorul imaginii arterei şi care arată direct modul în care curge sângele.

„Ecografia Doppler poate să identifice fie riscul de accident vascular cerebral, fie chiar sursa, cauza arterială a unui accident vascular cerebral„.

Performanţele ecografiei Doppler

Ecografia Doppler a vaselor cervicale poate arăta starea vaselor, gradul de ateroscleroză şi de risc de accident vascular cerebral, stenozele (îngustările) acestor vase sau ocluziile (blocajele) acestor vase, dacă există plăci de aterom periculoase, cu risc de accident vascular sau dacă există trombi (cheaguri) în artere sau dacă există o disecţie (despicare) a peretelui vasului de sânge. Ecografia Doppler poate să identifice fie riscul de accident vascular cerebral, fie chiar sursa, cauza arterială a unui accident vascular cerebral. Astfel, această metodă permite orientarea tratamentului spre medicamente sau, uneori, spre chirurgie (lărgirea arterei printr-o operaţie) sau intervenţie prin cateterism (se introduce o sondă cu balonaş în arteră, se umflă balonaşul, se lărgeşte artera şi apoi se lasă acolo o plasă metalică, adică un stent, care împiedică reastuparea vasului).

Dacă se observă îngroşări ale peretelui arterelor de la nivelul gâtului sau dacă se evidenţiază plăci de aterom în aceşti pereţi, acest lucru este un semnal de alarmă şi pentru vasele inimii, arterele coronare, care pot prezenta şi ele modificări asemănătoare şi atunci există risc de infarct miocardic.

În concluzie

Ecografia Doppler a arterelor cervicale este o metodă simplă, lipsită de pericole pentru pacient, și care poate da foarte multe informații despre arterele pacientului și despre modul cum circulă sângele prin aceste artere, evidențiind riscul de accident vascular cerebral sau cauza unui accident vascular cerebral, ori trăgând un semnal de alarmă în privința riscului de infarct miocardic. Această metodă este foarte utilă pentru stabilirea unui tratament adecvat, medicamentos și, uneori, chirurgical sau intervenționist.

Tipuri de anestezie
folosite pentru operația cezariană

Pentru operația cezariană se folosesc două tipuri de anestezie:

anestezia regională: anestezia peridurală și anestezia rahidiană (acestea fiind des folosite împreună),
anestezia generală inhalatorie cu intubație orotraheală.

Alegerea uneia dintre cele două variante de anestezie ține cont de mulți factori, care fac subiectul discuției dintre medicul anestezist, obstetrician și pacient și se bazează pe nivelul de urgență în extragerea fătului, alegerea pacientei și experiența anestezistului.

În încercarea de a exemplifica modul de gândire în alegerea anesteziei putem spune că, pentru majoritatea situațiilor din urgența cu suferință fetală, hemoragie sau chiar șoc, când extragerea fătului trebuie făcută în cel mai scurt timp, nu este potrivită anestezia regională. Fiind nevoie de o anestezie rapidă, în aceste situații se folosește anestezia generală.

Aceeași anestezie este indicată și în cazul traumatismelor sau chirurgiei în antecedente la nivelul coloanei vertebrale, infecțiilor de piele, tulburărilor de coagulare.

Pacientele cu boală pulmonară activă, ca de exemplu tuberculoză pulmonară sau pneumonie, sau la care intubația poate fi dificilă sunt candidate pentru anestezie regională.

Anestezia regională poate influența hemodinamica maternă și fetală, deoarece determină vasodilatația membrelor inferioare cu hipotensiune, condiție care se suprapune cu sindromul de venă cavă, favorizat de poziția "pe spate". Consecința acestui fapt este hipoperfuzia placentară, care se corectează însă rapid, prin manevre speciale obstetricale și anestezice.

Anestezia generală are dezavantajul că afectează și viitorul nou-născut, din cauza faptului că o mică parte din substanțele administrate traversează placenta, ceea ce îl determină pe medicul obstetrician să extragă fătul mai rapid.
În obstetrica modernă, cea mai folosită modalitate de anestezie este anestezia rahidiană asociată cu epidurala, aceasta din urmă oferind confort postoperator – cateterul peridural putând fi folosit și în următoarele ore după operație, pentru combaterea durerilor postoperatorii.

Dr. Viorel Stoica
Medic specialist obstetrică-ginecologie
Policlinicile Băneasa
și Sun Plaza REGINA MARIA

10 sfaturi de utilizare a medicamentelor împotriva durerii

1 Nu folosiţi medicamente antiinflamatoare (diclofenac, ketoprofen, indometacin, piroxicam etc.) dacă durerea nu este dată de o boală inflamatoare, ci preferaţi un medicament care acţionează numai asupra durerii înseşi (paracetamol, ibuprofen la doză mică! Dacă nu vă puteţi orienta, întrebaţi medicul!

2 Durerile cauzate de boli ale organelor interne se tratează de obicei cu alte medicamente decât cele care se dau în bolile osteoarticulare şi musculare (ex. antispastice, dilatatoare ale vaselor de sânge).

3 Dacă aţi luat un medicament împotriva durerii, aşteptaţi pentru un timp efectul, înainte de a mări doza! Creşterea dozei nu grăbeşte dispariţia durerii, dar sporeşte posibilitatea reacţiilor toxice.

4 Nu amestecaţi mai multe medicamente împotriva durerii! Combinaţiile medicamentoase gata preparate sunt verificate şi acceptate.

5 Deşi efectul celor mai multe medicamente împotriva durerii este întărit de alcool (şi invers), nu este recomandat consumul de alcool în timpul tratamentului, pentru că acesta le creşte toxicitatea.

6 Nu vă bazaţi pe experienţa cunoştinţelor sau prietenilor când vă trataţi durerea! Ascultaţi sfatul medicului şi bazaţi-vă pe experienţa anterioară!

7 Aşteptaţi-vă să aveţi probleme cu conducerea automobilului dacă folosiţi anumite preparate contra durerii!

8 Nu folosiţi medicamente cu durata de utilizare depăşită!

9 Nu sugeţi tabletele şi nu beţi soluţiile destinate injectării, pentru că aceste forme sunt astfel preparate ca să servească unui scop!

10 Preferaţi sfatul medicului în loc de automedicaţie pentru durere!

Prof. Horaţiu D. Boloşiu
Preşedinte de onoare
al Societăţii Române de Reumatologie

Cum să te a

Majoritatea căpușelor nu sunt purtătoare de boli, și în majoritatea cazurilor mușcăturile lor nu pot cauza probleme grave de sănătate. Totuși, este foarte important să îndepărtați o căpușă de îndată ce ați reperat-o. Îndepărtarea completă a căpușei vă va ajuta să evitați boli precum boala LYME (ce afectează pielea și sistemul nervos și este destul de dificil de diagnosticat) și pe care căpușele o pot transmite în timp ce se hrănesc, sau puteți evita o infecție a pielii în locul unde ați fost mușcat de căpușă.

Este recomandat să folosiţi un spray sau o loţiune împotriva insectelor cu efect testat clinic și asupra căpușelor, mai ales când călătoriţi în zone calde sau zone în care s-ar putea găsi căpușe. Când vă întoarceţi din astfel de zone, examinaţi-vă pielea și capul cu mare atenţie; nu uitaţi să verificaţi și animalele de companie. Dacă descoperiţi căpușe, cel mai indicat este să mergeţi la medic.

Dacă din diverse motive acest lucru nu este posibil, găsiţi mai jos câteva sfaturi referitoare la îndepărtarea căpușelor:

Folosiţi o pensetă cu vârf fin.

Dacă nu aveţi pensetă, folosiţi mănuși sau acoperiţi-vă mâinile cu servețele din hârtie, și abia apoi folosiţi degetele; nu faceţi această manevră cu mâinile goale.
Prindeţi căpușa cât mai aproape de gura ei (partea care se află în piele). Corpul căpușei va fi deasupra pielii dumneavoastră.
Nu prindeţi capușa de burta ei plină de sânge; strângând-o, puteţi împinge fluidul infectat din capușă în piele.
Delicat trageţi capușa afară, până când gura ei iese din piele. Nu învârtiţi sau "deșurubaţi" capușa, o puteţi rupe și astfel rămân părţi din ea (gura) în piele.
Puneţi capușa într-un borcan uscat sau o pungă ce se închide ermetic și păstraţi-o la congelator pentru investigaţii ulterioare, dacă va fi cazul.
După îndepărtarea căpușei spălaţi bine zona mușcăturii cu multă apă caldă și săpun; la fel și mâinile.
Dacă nu ați reușit să îndepărtaţi căpușa, insistaţi să găsiţi un doctor sau un alt cadru medical specializat!!!
Puteţi folosi un unguent cu antibiotic, cum ar fi polimixina B sulfat (Polysporin), sau bacitracina (Baneocin unguent). Puneţi unguentul pe rană și acoperiţi cu o fașă. Dacă vedeţi o erupţie cutanată sau simţiţi mâncărime sub bandaj, nu mai folosiţi unguentul; ați putea avea o reacţie alergică la unguent.

peri eficient de căpușe

Unele căpușe sunt așa de mici încât este foarte greu să le observi; din cauza aceasta îți dai seama greu dacă ai îndepărtat sau nu capul capușei. Dacă nu observi părți ale căpușei unde te-a mușcat, poți presupune că ai îndepărtat-o, dar urmărește dacă ai simptomele unei infecții. Simptomele pot include:

- durere, edem, eritem (roșeață)
- ramificații roșii ale pielii
- puroi
- febră sau frisoane
- umflarea ganglionilor limfatici de la nivelul gâtului, axilei sau a zonei înghinale

Dacă ai o erupție cutanată, dureri de cap, dureri articulare, febra, simptome asemănătoare gripei, ar putea însemna că ai o boală cauzată de o mușcătură de căpușă. Dacă prezinți una dintre aceste simptome sună imediat doctorul.

De evitat!
Nu încercați niciodată să:

- Sufocați căpușa care este prinsă în corpul/pielea voastră cu acetonă, vaselină, benzină, alcool, etc.
- Ardeți căpușa cât timp este în pielea voastră.

Sufocarea sau arderea căpușei poate determina eliberarea fluidului infectat în corp, ceea ce poate crește riscul infecției.
Există și unele dispozitive speciale pentru îndepărtarea căpușelor, utile evident pentru cei care locuiesc sau lucrează în zone în care acestea se găsesc în număr mare. Totuși, cel mai bine este să prevenim mușcăturile de căpușe și să utilizăm spray-urile sau loțiunile special, disponibile în farmacii; este recomandabil să aveți cu voi un astfel de produs mai ales cînd plecați în concediu, dar și pentru un weekend în natură.
Cum spune și proverbul: paza bună trece primejdia rea!

Articol scris de: ***Farmacist Anca Frățică***
www.farmacia3.ro
Sursa: firstaid.webmd.com

„Ce să nu-ți lipsească din trusa de vacanță”

Ce trebuie să conțină o trusă de prim ajutor? În funcție de specificul călătoriei și nevoile dumneavoastră selectați de mai jos ce v-ar putea fi de folos.

Arsurile solare

Pe timp de vară, ochelarii de soare sunt foarte importanţi pentru protejarea ochilor de radiaţiile UVA şi UVB. Pentru protecţia pielii se recomandă utilizarea cremelor de protecţie solară cu un factor de protecţie ridicat. Este bine să folosim o cremă cu filtru mineral, faţă de cremele cu filtru chimic. O cremă sau o soluţie ideală, trebuie să aibă un factor de protecţie (SPF) între 30 şi 50. Oricât de multe ar fi proprietăţile benefice ale razelor solare şi oricât le-am aprecia, trebuie să ne ferim de exagerări. Pentru protecţia buzelor e foarte util un strugurel, deoarece menţine hidratarea buzelor în limite normale.

Răni ușoare

Pentru dezinfectarea unei răni se poate folosi clasica apă oxigenată, rivanolul, un unguent antiseptic sau un spray dezinfectant. Compresele sterile, bandajele, un leucoplast, alcoolul sanitar, o forfecuţă sau un pansament obişnuit, nu trebuie să lipsească. În caz de luxaţii sau entorse ar fi bine să aveţi la îndemână un gel antiinflamator.

Ce facem cu alergiile?

Polen, praf, iritaţii, insecte sau alimente – toate acestea sunt potenţiali factori alergenici, ai căror efecte se pot manifesta de la erupţii cutanate cu mâncărimi uşoare până la şoc anafilactic. Pentru combatarea acestor situaţii, este foarte eficient un antihistaminic (cunsocut ca si antialergic), care se poate administra oral sau local, precum şi preparatele pe bază de calciu. Pentru tratamentul local este foarte bun un gel pe bază de dimetinden, sau spray-uri împotriva insectelor. În cazul administrarii orale, nu folosiţi orice medicament antialergic. Unele pe lângă efectul antihistaminic au ca efect advers somnolenţă (sedare), aşa că atenţie şoferi!

Durerile

Fie că e vorba de o durere de cap, durere de dinţi sau o durere menstruală, medicamentele pentru durere nu trebuie uitate acasă. Aşa că adăugaţi în trusa de vacanţă: analgezice, gen aspirină, paracetamol (foarte bun şi în caz de febră) sau ibuprofen, iar dacă e vorba de o colică renală sau biliară este eficient un medicament antispastic (de ex. pe bază de drotaverină).

Problemele digestive

S-ar putea ca după o masă copioasă, să apară probleme neaşteptate, gen arsuri la stomac, durere de ficat, constipaţie sau diaree. De aceea e bine să aveţi la îndemână un antiacid, enzime digestive, iar pentru constipaţie un preparat pe bază de plante sau bisacodil. În caz de diaree sunt eficiente preparatele farmaceutice care conţin furazolidona sau loperamida. Nu uitaţi de faptul că după o diaree severă este importantă rehidratarea şi dieta.

Răul de mișcare

Dacă veţi călători cu maşina, trenul, vaporul sau avionul, s-ar putea să aveţi anumite simptome precum ameţeli, senzaţii de greaţă, stare generală de rău, transpiraţii reci sau paloare, ceea ce reprezintă răul de mişcare. Pentru tratamentul acestor stări se pot folosi antihistaminice, gen meclozina, sau anumite produse din plante (de ex. care conţin ghimbir).

Ce ar mai trebui?

După ce toată lista e gata, în mica trusă de vacanţă încap şi cele necesare îngrijirii personale şi anume: periuţa şi pasta de dinţi, beţişoare pentru urechi, o perie de păr, o pensetă, un deodorant, vată, plasturi antiherpetici şi absorbante de zi.

Farmacist Diriginte ***Tunde Horvath***
Farmacist ***Dumitru Negruţ***
www.farmacia3.ro

Asociația
ROMTRANSPLANT

Academia Oamenilor de Știință
din România

Al VIII-lea Congres ROMTRANSPLANT

cu participare internațională

cu tema

Actualități în transplantul de organe și țesuturi

27-29 septembrie 2012
World Trade Center, București

www.romtransplant.ro

RALCOM. MEDICAL

Management Congres:
Ralcom Exhibitions srl prin Divizia de Evenimente Medicale Ralcom Medical
Str. Răspântiilor Nr. 20, Sector 2, București, România

Tel.: +40 21 210 58 14, 210 65 40, 211 15 41; Fax: +40 21 212 27 02
registration@romtransplant.ro
www.ralcom.ro

Recuperarea în mediul

Dr. Georgiana Tache
Med. pr. fizioterapie, recuperare medicală, Dr. şt. medicale
Tel. 0723.626.289

Recuperarea medicală se poate desfășura și în mediul acvatic, dar va recurge la diverse modalități sau mijloace terapeutice, ținându-se cont de particularitățile individuale ale fiecărei persoane și de obiectivele urmărite.

Pe de-o parte, programul imaginat poate consta într-o serie de exerciţii sau mişcări efectuate în apă, indicate în scopul stimulării activităţii diferitelor organe şi sisteme ale organismului uman, dar şi al susţinerii sau recuperării funcţiei motorii deficitare şi defineşte noţiunea de hidrokinetoterapie (HKT). Altfel spus, transpunerea programelor de gimnastică medicală sau de kinetoterapie din mediul uscat în mediul acvatic. Pe de altă parte, ne putem referi la balneaţia externă sau balneohidroterapie ori doar la hidroterapie, ca metodă ce constă în aplicarea externă a apei (în băi parţiale, totale sau bazin) aflată la diferite valori de temperatură, de la cele calde la cele reci, apa fiind simplă sau înglobând/conţinând diferite ingrediente, precum plante medicinale, diferite substanţe chimice cu proprietăţi terapeutice cunoscute, în scop igienic, de refacere, profilactic sau curativ. Acestea sunt forme de terapii nespecifice, reacţiile lor asupra organismului având un caracter individual şi variabil, în functie de intensitatea/frecvenţa de aplicare şi timpul de acţiune al excitantului, de caracteristicile proprii ale acestuia, precum temperatura apei, durata de aplicare a stimulului, proprietăţile mediului fluid (consistenţa oferită de substanţele dizolvate, curenţi de apă, valuri, jet proiectat etc.) şi de tipul de reacţie individuală/personală.

Tratamentul prin mişcare în mediul acvatic trebuie diferenţiat în funcţie de vârstă, afecţiunea vizată de programul de recuperare medicală desfăşurat în mediul acvatic, gradul de antrenament al persoanei, cunoaşterea mişcărilor de înot, sezon, patologie asociată etc. Recuperarea medicală ca specialitate terapeutică recurge la HKT (terapia prin mişcare în apă), utilizând programe de exerciţii în funcţie de scopul urmărit şi adaptat la performanţele fizice individuale şi/sau la deficitul funcţional vizat sau poate utiliza înotul ca mijloc profilactic, compensator, recreativ, în scopul ameliorării condiţiei fizice şi psihice. De asemenea, înotul constituie şi o formă terapeutică agreabilă, ce asigură întreţinerea funcţională pe termen lung.

> „Metodologia recuperării medicale desfășurată în mediul acvatic reprezintă baza recuperării medicale, constituind una dintre principalele modalități de refacere a funcțiilor diminuate în urma unor boli sau traumatisme„.

Metodologia recuperării medicale desfăşurată în mediul acvatic reprezintă baza recuperării medicale, constituind una dintre principalele modalităţi de refacere a funcţiilor diminuate în urma unor boli sau traumatisme. În acelaşi context, metodele

medicală acvatic

terapiei prin înot au indicaţii largi în scop terapeutic în majoritatea capitolelor de patologie, dar şi în scop profilactic, în profilaxia primară a unor grupe largi de afecţiuni ale sistemului locomotor, ale aparatului cardiovascular, aparatului respirator. În cadrul metodologiei utilizate de HTK ca modalitate terapeutică a programelor de recuperare medicală este inclusă utilizarea diferitelor forme ale energiei mecanice, independent de mijloacele utilizate, precum: activitate motorie voluntară efectuată de pacient, forţă mecanică imprimată de hidrokinetoterapeut, situaţie în care mişcarea este asistată, forţa gravitaţională gravitaţională ce poate facilita mişcarea sau îi poate opune rezistenţă, forţa hidrostatică hidrostatică a apei, forţele mecanice ajutătoare sau rezistive, realizate cu ajutorul unor palete.

Alte mijloace și modalități terapeutice

Terapia prin mişcare în mediul acvatic poate face parte integrantă dintr-un complex terapeutic holistic, alături de alte mijloace şi modalităţi terapeutice. În cadrul planului terapeutic general nu exclude alte terapii. Elementul de bază al hidrokinetoterapiei în contextul recuperării funcţionale îl reprezintă exerciţiul fizic terapeutic efectuat în apă. Exerciţiul fizic este reprezentat de o acţiune voluntară, deliberat concepută şi repetată sistematic în cadrul unui program organizat, în scopul realizarii unor obiective concrete. Exerciţiul este elementul de bază ce constituie baza unor metode şi procedee care se folosesc în hidrokinetoterapia profilactică, terapeutică sau recuperatorie. Prin interrelaţiile sale psihomotrice contribuie la readaptarea individului şi reinserţia sa în viaţa socială, profesională şi/sau familiară.

Programul de recuperare medicală prin HKT

Pentru a fi cu adevărat eficient, programul de recuperare medicală prin HKT trebuie să se desfăşoare cu o frecvenţă de 2-3 ori pe săptămână. Ideal, HKT sau gimnastica în bazin trebuie alternată cu cea efectuată în sala de sport. Programul de recuperare medicală prin HKT trebuie să cuprindă aceeaşi succesiune de elemente: încălzirea, 20-30 minute activitate aerobică, mişcările de stretching şi revenirea organismului după efort. Programul de recuperare medicală prin HKT, care apelează la mişcările de înot, este de preferat dacă nu există alte recomandări sau contraindicaţii.

Tulburările de coordonare centrală și **kinetoterapia**

Orice leziune la nivelul sistemului nervos central (SNC), produsă înainte, în timpul sau după naștere, poate determina tulburări funcționale, care se pot remedia ulterior, datorită plasticității encefalului în primele luni de viață.

Termenul de tulburare de coordonare centrală (TCC) definește o situație tranzitorie, care traduce existența unei imperfecțiuni funcționale a SNC.

Cunoscând faptul că instalarea paraliziei cerebrale infantile, în forma ei definitivă, se realizează în jurul vârstei de un an, este necesară depistarea în primele 4 luni de viață.

Primele semne ale tulburărilor de coordonare centrală pot apărea, imediat după naștere, cazuri care nu prezintă dificultăți de diagnosticare. Dar, există copii care au o dezvoltare normală imediat după naștere, iar primele semne apar abia după o anumită perioadă. Aceste cazuri sunt dificil de diagnosticat, problema majoră fiind diferențierea semnelor patologice de deviațiile fiziologice.

Prin analiza reactivității posturale automate se poate stabili atât diagnosticul de tulburare de coordonare centrală, cât și vârsta motorie a copilului.

Tulburările de coordonare centrală se clasifică în foarte ușoare, ușoare, medii și severe, kinetoterapia precoce, în aceste situații fiind indispensabilă.

Severitatea tulburărilor de coordonare centrală (TCC) este apreciată în funcție de numărul de reacții posturale anormale și de eventualele situații patologice legate de reflexologie (depășirea perioadelor normale de manifestare a reflexelor, răspunsuri anormale din punct de vedere calitativ etc.).

Tulburările medii sau severe de coordonare centrală corespund unui risc major de evoluție spre paralizia cerebrală infantilă, sunt invalidante și justifică astfel aplicarea cât mai devreme a kinetoterapiei.

Testarea reactivității posturale automate se realizează printr-o baterie de reacții globale, șapte la număr, obținute la schimbarea bruscă a poziției corpului în spațiu; examinarea lor permite atât depistarea anomaliilor funcționale de origine centrală sau periferică, cât și precizarea nivelului de dezvoltare atins în momentul examinării.

Reacțiile posturale automate sunt următoarele:

1. Reacția de tracțiune: din decubit dorsal, copilul este tras de la nivelul mâinilor spre așezat; se apreciază reacția capului și a membrelor inferioare.
2. Reacția Landau: copilul este ținut în suspensie ventrală la orizontală; se apreciază reacția capului și trunchiului, a membrelor inferioare și superioare.

Reacția 1	**Reacția 2**	**Reacția 3**	**Reacția 4**	**Reacția 5**	**Reacția 6**	**Reacția 7**

3. Reacţia de suspendare (atârnare) axilară: copilul este ţinut într-o poziţie verticală, de la nivelul trunchiului, cu spatele la examinator; se apreciază reacţia membrelor inferioare.
4. Reacţia Vojta: copilul trebuie să fie ridicat din decubit ventral într-o poziţie verticală cu spatele la examinator şi înclinat lateral spre dreapta şi apoi spre stânga, până la orizontală; se apreciază poziţia umărului, braţului şi mâinii de deasupra, dar şi poziţia trunchiului şi a membrului inferior de deasupra.
5. Reacţia Collis orizontal: copilul este culcat lateral cu spatele la examinator; acesta îl prinde de la nivelul coapsei şi braţului de deasupra; aprecierea reacţiilor la nivelul braţului, mâinii şi a membrului inferior de dedesubt, se face în momentul ridicării.

6. Reacţia Peipert Isbert: înaintea execuţiei, mâinile trebuie să fie deschise şi capul în poziţie mediană. Examinatorul prinde coapsele şi trage copilul cursiv în poziţia verticală. Aprecierea reacţiei se face în momentul ridicării; se apreciază poziţia capului şi a coloanei vertebrale, umerii, braţele şi mâinile.
7. Reacţia Collis vertical: din decubit dorsal, copilul este luat de o coapsă de către examinator şi adus în poziţia verticală ; se apreciază poziţia membrului inferior liber.

Aplicarea kinetoterapiei în primele 16 săptămâni de viaţă

Datorită plasticităţii mari a encefalului, în primele 16 săptămâni de viaţă, în care nou-născutul nu are experienţa mişcărilor anormale, aplicarea kinetoterapiei are rol important în modificarea activităţii reflexe, prevenirea permanentizării la nivelul SNC a modelelor senzorio-motorii anormale şi orientarea dezvoltării neuromotorii în direcţia fiziologică.
Scopul tratamentului copiilor cu tulburări de coordonare centrală, paralizie cerebrală infantilă sau orice altă stare patologică cu leziune la nivelul neuronului motor central, indiferent de etiologie, este de a le asigura o treaptă cât mai avansată de activitate motorie independentă; astfel, micuţii pacienţi vor avea o viaţă de adolescenţi şi adulţi, cât mai aproape de normal.

Prof. CFM princip. dr. Elena Căciulan
Kinetoterapeut dr. Daniela Stanca
Centrul de recuperare medicală
KINETODEMA
Tel: 0723.251.565/0722.839.882
www.kinetodema.ro

Diabetul zaharat - o

Cei mai mulți dintre pacienții diagnosticați cu diabet zaharat nu prezintă niciun simptom sugestiv pentru această boală, în special în cazul diabetului de tip 2 și descoperă întâmplător valori glicemice crescute, cu ocazia unor controale de rutină.

Sunt și o serie de simptome care pot constitui indicii ale instalării diabetului, cum ar fi:
- senzația constantă de sete,
- urinări frecvente cu creșterea cantității de urină,
- scădere bruscă și nejustificată în greutate,
- oboseală,
- tulburări de vedere.

Este bine să consultaţi medicul chiar dacă se dovedește a fi o alarmă falsă.

Riscul de a dezvolta diabet crește la:
- persoane cu vârsta peste 50 ani, sedentare,
- obezi, în special cu obezitate abdominală,
- persoane cu istoric familial de diabet,
- femei cu antecedente de diabet gestațional sau feţi macrosomi (peste 4 kg),
- persoane cu dislipidemie, în special hipertrigliceridemie, sau HTA,
- persoane cunoscute anterior cu alterarea toleranţei la glucoză.

La persoanele cu risc se recomandă verificarea glicemiei anual. O importanță deosebită o are și determinarea hemoglobinei glicozilate, care arată o medie a glicemiilor în ultimele 3-4 luni.

Diabetul zaharat este cauzat atât de „moștenirea" genetică, dar mai ales de o alimentaţie dezechilibrată și de sedentarism.
Diabetul zaharat implică, în esenţă, incapacitatea de a produce și/sau de a folosi în mod eficient insulina, în vederea procesării glucozei, care furnizează energie celulelor. Se însoţește și de tulburări ale metabolismului lipidic și proteic, astfel încât nivelul ridicat al glicemiei produce efecte în cascadă, afectând, pe măsură ce se agravează, numeroase sisteme ale organismului.
Vorbim de diabet zaharat atunci când, în urma testării glicemiei, valoarea acesteia depășește 126 mg% pe nemâncate sau peste 200 mg% la două ore postprandial. Prediabetul reprezintă o stare intermediară între normalitate și diabet, cu modificări ale valorilor glicemiei a jeun și/sau postprandial, dar fără a atinge valorile din diabetul zaharat. Dacă glicemia a jeun depășește 100 mg%, dar este mai mica de 126 mg%, se recomandă efectuarea unui test de toleranţă la glucoză.

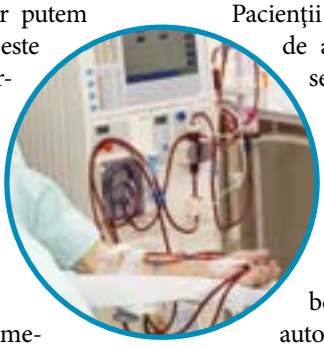
Două tipuri de diabet zaharat:
- diabetul de tip 1 - apare predominant la persoanele tinere când există un deficit absolut de insulinosecreţie și necesită tratament cu insulină pentru supraviețuire;
- diabetul de tip 2 sau al adultului - caracterizat prin insulinorezistenţă și deficit relativ de insulinosecreţie; este tratat de obicei cu antidiabetice orale și necesită insulinoterapie doar pentru controlul valorilor glicemice.

Tratamentul diabetului zaharat de tip 2

Presupune o paletă largă de medicamente orale sau injectabile - biguanide, sulfoniluree, glinide, tiazolidindione, inhibitori de α-glucozidaza, incretine, precum și insulină, alături de dietă și activitate fizică. Toate acestea contribuie la menţinerea unui bun control glicemic, întârzierea apariţiei complicaţiilor cronice sau ameliorarea acestora.
Mai mult de jumătate dintre persoanele care au diabet de tip 2 ajung să aibă până la urma nevoie de tratament cu insulină, fie pe o durată scurtă, în situaţii acute, fie pe termen lung, atunci când medicaţia orală nu mai poate echilibra glicemia. Insulina nu este un tratament de ultimă intenţie. Insulina este o componentă obișnuită a organismului, prezintă mult mai puţine efecte secundare comparativ cu

continuă provocare

medicația orală, iar sistemele moderne de injectare o fac foarte ușor de administrat și nedureroasă.
Din păcate, diabetul zaharat este o boală pentru toată viața, nu se vindecă, ci doar putem stăpâni simptomele sale, iar dacă este ignorată se agravează. Pe de altă parte, dacă combatem diabetul zaharat prin modificarea stilului de viață, a alimentației, prin activitate fizică regulată și tratament, putem reduce riscurile pe care le implică pentru sănătate.



Odată cu stabilirea diagnosticului, medicul diabetolog (eventual, cu ajutorul unui dietetician și/sau psiholog) învață pacientul și familia acestuia să deprindă anumite abilități care îi pot ușura viața: întocmirea dietei, administrarea medicației, monitorizarea glicemiei.

Automonitorizarea glicemiei

Urmărirea nivelului glucozei din sânge, verificându-l periodic, eventual chiar de mai multe ori pe zi, în funcție de situație, poate indica modul în care organismul reacționează la alimentele consumate, la medicamentele administrate, la efortul fizic sau chiar la stresul zilnic.
Monitorizarea pacienților cu diabet este o acțiune permanentă, prin care se verifică parametrii clinici, de laborator, dar și stilul de viață, adaptarea permanentă a dietei, eventualele efecte adverse ale medicamentelor. Monitorizarea include și prevenirea sau urmărirea complicațiilor cronice.

Complicațiile cronice ale diabetului zaharat

Consecința valorilor glicemice constant crescute de lungă durată este apariția modificărilor la nivelul vaselor de sânge, determinând, în final, instalarea complicațiilor cronice ale diabetului zaharat.

Neuropatia diabetică este cea mai frecventă dintre complicațiile cronice și reprezintă afectarea sistemului nervos periferic și/sau vegetativ. Pacienții acuză în special dureri cu caracter de arsură, furnicături, înțepături sau senzație de amorțeală la nivelul picioarelor, constatându-se pierderea sensibilității distale („ picior diabetic „), ceea ce crește riscul apariției unor leziuni la nivelul membrelor inferioare, care pot duce la amputații. Neuropatia diabetică poate afecta și sistemul nervos autonom, cu manifestări cardiovasculare, digestive sau genito-urinare.
Retinopatia diabetică este principala cauză de orbire a pacienților în vârstă de peste 65 ani. Deoarece tulburările de vedere apar doar în fazele tardive, este necesar controlul oftalmologic și examinarea anuală oftalmoscopică a retinei.
Nefropatia diabetică este recunoscută ca fiind cauza insuficienței renale cronice la aproximativ 50% dintre pacienții aflați în programul de supleere renală. Depistarea precoce a nefropatiei diabetice se poate realiza prin determinarea eliminării urinare de proteine prin microalbuminurie.
Complicațiile cronice cauzate de afectarea vaselor sangvine mari - persoanele cu diabet prezintă un risc de două ori mai mare decât persoanele sănătoase de a dezvolta boli cardiace, accidente vasculare cerebrale, arteriopatie obliterantă a membrelor inferioare la vârste mai tinere decât în mod obișnuit. **Arteriopatia cronică obliterantă** are ca simptom durerea apărută la nivelul pulpei piciorului la mers (claudicație intermitentă), iar ca semn clinic, absența pulsului la palparea arterei pedioase și/sau tibiale posterioare, atrofie musculară și tegumentară, paloarea pielii.

Dr. Sirona Lupu
Medic specialist, Diabet, Nutriție și Boli metabolice

Secolul XXI - secolul în terapia

Putem spune fără rezerve că ultimul deceniu al secolului trecut și mai ales primul deceniu al secolului XXI au marcat un real progres în lupta împotriva cancerului. Măsura acestui progres este dată, pe de o parte, de creșterea cunoștințelor despre această boală care ucide – după bolile cardiovasculare - ucide cel mai mare număr de locuitori ai planetei, iar pe de altă parte, de reducerea numărului de oameni care se îmbolnăvesc de această boală.

Cu alte cuvinte, s-au făcut progrese considerabile atât în înțelegerea proceselor fundamentale care generează această maladie cât și în ceea ce privește eforturile societăţii de a preveni și trata cancerul. Pentru prima oară începând cu intervalul 1990-1995, s-a înregistrat o scădere atât a incidenţei cancerului cât și a ratei deceselor provocate de acesta. De exemplu, în SUA aceste rate au scăzut pe toate tipurile de cancer combinate, precum și pentru primele 10 tipuri de localizări, inversând pentru prima oară o tendinţă de aproape 20 de ani de creștere continuă a cazurilor de cancer și a mortalităţii provocate de acesta. Ratele de scădere, deși modeste (aproximativ 1% pe an între 1990 și 1995) pentru toate tipurile de cancer, s-au înregistrat pentru cele mai multe grupe de vârstă, atât la bărbaţi cât și la femei și pentru toate grupele rasiale și etnice. Nu același lucru se poate spune despre aceste fenomene la nivelul întregului glob, unde atât incidenţa cât și rata mortalităţii nu au ajuns încă la un trend descrescător. Dar, există totuși semne încurajatoare, la acestea contribuind măsurile energice de profilaxie: prin evitarea factorilor carcinogeni cunoscuţi (fumat, carcinogeni industriali), vaccinări împotriva unor virusuri carcinogene, screeningul populaţional pentru detectarea precoce a unor tipuri de cancer, precum și, nu în ultimul rând, perfecţionarea metodelor terapeutice cunoscute: chirurgie, chimioterapie și hormonoterapie, radioterapie .

Recentele achiziţii în înţelegerea naturii cancerului ne-au permis să înţelegem că acesta nu este o singură boală, ci include cel puţin 100 de afecţiuni diferite care își împart anumite caracteristici. Din cauza acestui fapt este puţin probabil că un singur “glonţ magic” va rezolva problema.

Cel mai remarcabil progres al ultimilor 25 de ani l-a constituit înţelegerea biologiei cancerului. Cancerul începe atunci când o singură celulă se modifică, astfel încât ajunge să se dividă continuu, eliberată de controlul la care este supusă o celulă normală. Această transformare este generată de schimbările în funcţia și activitatea celulelor. Din cele aproximativ 100.000 de gene cât cuprinde genomul uman, activitatea alterată a unui număr relativ mic de gene, denumite oncogene, sunt responsabile de transformarea unei celule normale într-o celulă malignă.

Identificarea acestor gene definește scopul cen-

terapiilor țintite bolilor maligne (I)

tral al cercetării științifice în biologia cancerului și deschide o fereastră fără precedent în descoperirea naturii cancerului.

Până acum, în pofida succeselor repurtate, acestea au fost rezultatul unei munci științifice "pe ghicite", dar în prezent există oportunitatea schimbării modului de abordare a bolii canceroase grație descoperirii oncogenelor și a etapelor moleculare ale oncogenezei, care pot fi interferate și blocate terapeutic. Fiecare tip de cancer este definit printr-un comportament unic al activității alterate și normale ale genelor, iar catalogarea acestor comportamente moleculare diferite va putea preciza cât de multe forme diferite de cancer există.

Așa cum semnătura unei persoane sau amprentele digitale sunt distincte de la un individ la altul, la fel și celulele au semnături unice, caracteristici identificabile, legate de rolul lor în organism. În cursul transformării unei celule normale într-o celulă malignă, aceste "semnaturi" se modifică, iar aceste modificări devin un semnal unic al prezenței și caracterelor acestei celule.

Înțelegerea etiologiei moleculare a cancerului a permis dezvoltarea a noi terapii, care sunt definite colectiv ca terapii moleculare țintite. Spre deosebire de medicația convențională bazată pe medicamente citostatice, acești agenți moleculari țintiți sunt definiți ca agenți care interferează evenimentele moleculare cheie responsabile de comportamentul (fenotipul) malign. Terapiile țintite reprezintă o mare promisiune pentru lărgirea arsenalului terapeutic, furnizând opțiuni terapeutice mai eficiente comparativ cu terapiile citostatice. Pe lângă aceasta, terapiile țintite oferă ocazii unice pentru terapiile combinate cu alți agenți anticanceroși, care au toxicități care nu se suprapun.

Acești agenți terapeutici țintiți sunt încărcați de provocări unice, distincte de cele generate de chimioterapia convențională. Aceste provocări includ necesitatea de selectare de markeri farmaco-dinamici, care să ghideze doza și schemele de tratament și de identificare ale biomarkerilor ce permit selecția de grupe de pacienți care sunt cei mai predispuși să răspundă la tratament.

Până la sfârșitul anilor '90, aproape toate medicamentele utilizate în terapia cancerului (cu excepția tratamentelor hormonale), acționau prin distrugerea celulelor tumorale aflate în procesul de replicare a ADN-ului și de diviziune pentru formare de noi celule. Aceste medicamente citostatice distrugeau, de asemenea, și unele celule normale, dar, din fericire, efectul asupra celulelor canceroase era mai mare

Urmare numărul următor

Dr. Mihai Ciochinaru
Medic primar hematologie

Comunicare eficientă cu pacientul oncologic

Boala oncologică aduce pacientul, dar și medicul, într-o situație limită,prin activarea angoasei de moarte - angoasă pe care o împărtășim noi toți și împotriva căreia dezvoltăm modalități de adaptare diverse.

Lumea interioară a bolnavului oncologic este populată de frica de moarte, frica de ceea ce se întâmplă în lumea de dincolo, teama de necunoscut, singurătate, regresie. Bolnavul căruia i s-au comunicat diagnosticul și prognosticul bolii poate dezvolta stări nevrotice sau chiar psihotice (uneori urmate de tentative de suicid), în funcţie de stadiul de evoluţie a bolii oncologice, dar și de tipul de personalitate și biografia fiecărui bolnav. Sindromul anxioso-depresiv se instalează pe măsură ce se epuizează progresiv șansele de supravieţuire.

De cealaltă parte, medicul și personalul de îngrijire care lucrează în secţiile oncologice, aparent obișnuiţi cu boala și cu suferinţele bolnavului, trăiesc sub presiunea spectrul finitudinii vieţii și a limitelor intervenţiilor terapeutice, putând dezvolta sindromul “burn-out”.

Lumea interioară a medicului care asistă la dramatismul evoluţiei bolii se încarcă afectiv în urma transferului intens din relaţia medic-pacient, medicul modificându-și inconștient atât comportamentul profesional cât și imaginea de sine, fiind confruntat în permanenţă cu propriile limite de acţiune și control, precum și cu propria credinţă privitoare la moarte.

Comunicarea este o competenţă de bază a medicului și parte integrantă a actului medical, și, la fel de mult, o necesitate importantă pentru pacienţi, care așteaptă de la specialiști un contact uman susţinător.

Din păcate, așteptările nerealiste de la medicină și medici, dilemele etice (legate de aplicarea unor tratamente cu eficienţă limitată, dar de la care pacientul și familia așteaptă vindecarea), presiunile exercitate de familie de a nu comunica onest cu pacientul în cazul unui diagnostic oncologic, teama de a nu-i face rău pacientului prin comunicarea

unui prognostic infaust și nu în ultimul rând, teama de a lua contact cu emoţiile pacienţilor și cu propriile emoţii , fac dificilă comunicarea medic-pacient.

Prin includerea în pregătirea psihologica a medicilor oncologi a temelor precum comunicarea verbală și nonverbală, tehnici de comunicare a unui diagnostic infaust, rolul terapeutic al comunicării în relaţia medic-pacient, empatia și transferul emoţiilor, căi de soluţionare a situaţiilor conflictuale în comunicarea cu pacientul (pacient furios, agresiv) sau în echipă (colegi, manageri) – comunicarea între cele două lumi ar avea de câștigat.

Pregătirea psihologică a medicilor oncologi și, de ce nu, susţinerea psihologică de specialitate pentru prevenirea sindromului de burn-out ar facilita comunicarea adecvată în relaţia terapeutică și i-ar proteja emoţional atât pe medici cât și pe pacienţi. De asemenea, consilierea și psihoterapia bolnavilor oncologici, în cadrul terapiei individuale sau al terapiei de grup, ar putea degreva medical de sarcini suplimentare, medical și psihologul unindu-și eforturile în cadrul unei echipe pluridisciplinare. l

Dr. Alina Tudor, *Psihoterapeut, Doctor în științe medicale, medic specialist alergologie și imunologie clinică*

Organizator:
Societatea Română de
Chirurgie Cardiovasculară

www.srccv.com

SRCCV 2012

Al 8-lea Congres Național al Societății Române de Chirurgie Cardiovasculară

Al 4-lea Simpozion al Asistenților de Chirurgie Cardiovasculară, ATI și Circulație Extracorporeală

Manifestări însoțite de o expoziție medicală specializată

20 - 23 septembrie 2012
Hotel Sport, Poiana Brașov

Management Congres:

RALCOM MEDICAL

Ralcom Medical este Divizia de Evenimente Medicale a companiei Ralcom Exhibitions srl
Str. Răspântiilor 20A, 020548 București - 2, RomâniaTel.: +40 21 210 58 14, 210 65 40;
Fax: +40 21 212 27 02 registration@srccvcongres.ro • abstract@srccvcongres.ro

Sfaturi pentru îngrijirea optimă a celor mici în sezonul cald

Vara este un anotimp frumos, al vacanțelor și distracției, pe care cu toții îl așteptăm cu nerăbdare. Totuși, dacă ești mămică, trebuie să te gândești în primul rând la puiuțul tău și la modul în care trebuie să-l protejezi mai bine de „capcanele" verii, pentru a vă putea bucura împreună de acest anotimp minunat!

0-6 luni: Apără-l pe cel mic de insecte!
Dintre neplăcerile sezonului cald, pe primul loc se afla înțepăturile de insecte. Cei mai deranjanți „dușmani" sunt desigur țânțarii și, mai nou, căpușele. Dacă în vara aceasta vei merge cu bebelușul la țară ori la munte (în general în zone cu vegetație bogată), atunci riscul ca puiul tău să experimenteze și mușcături de insecte este mai mare. Străduiește-te sa-i oferi siguranță și sub acest aspect. Pentru a preveni „atacurile" nu se recomandă utilizarea parfumurilor puternice și nici a hainelor extrem de colorate, care atrag viespile și albinele. Nu vă așezați lângă tufișuri și ierburi înalte, pentru că acolo este „raiul" căpușelor și al țânțarilor. Este bine totuși să folosiți un spray sau o soluție antiinsecte (de preferat o varianta naturală) care se dă pe piele, iar în cazul celor mici, pe haine, și nu uitați de plasa de protecție împotriva insectelor sau un cearceaf subțire pe care să-l puneți peste cărucior sau landou când bebelușul doarme.

6-12 luni: Hidratare corespunzătoare!
Când e cald și ne e sete, bem apă pe saturate sau, cel puțin, așa ar trebui să facem! Nu-l lăsa nici pe cel mic să se deshidrateze! Oferă-i sistematic apă, chiar dacă ia de fiecare dată numai o înghițitură! El nu-ți poate spune întotdeauna ce-i trebuie. Dacă bebe are diaree, riscul de deshidratare este mult mai mare Și, în acest caz, se recomandă administrarea de săruri de rehidratare orală, pe lângă lichidele obișnuite (apă, ceai).

12-18 luni: Atenție la toxiinfecțiile alimentare!
Temperaturile ridicate din perioada verii cresc semnificativ riscul de apariție a toxiinfecțiilor alimentare la copii. Nu aștepta să treacă de la sine și nici nu le trata superficial, consultă medicul pediatru, căci sunt extrem de periculoase! Printre principalele alimente cu risc se numără lactatele, brânzeturile, ouăle, carnea, dar și legumele și fructele. Important este să ai grijă de unde le cumperi, să fie cât mai proaspete și să i le dai copilului să le consume imediat după preparare; ce rămâne poți mânca tu sau alt membru din familie, dar nu le lăsa pentru mai târziu și nu uita să fii neînduplecată în respectarea igienei: spălarea fructelor, a legumelor și a… mânuțelor!

Indiferent de vârsta bebelușului sau copilului tău (0-18 luni și peste), nu uita de protecția solară! Pielea bebelușilor și copiilor este mai fină și mai sensibilă și, de aceea, trebuie obligatoriu protejată de razele puternice (dăunătoare) ale soarelui. Folosiți întotdeauna o cremă cu FPS ridicat (45+), cu un spectru larg împotriva razelor UVA, UVB, UVC (se recomandă în special cremele cu filtru mineral) și nu uitați că nici aceste creme nu oferă protecție totală pentru cei mici! Nu expuneți copii la soare în intervalele orare cu risc maxim (10-16). Folosiți îmbrăcăminte adecvată de protecție (inclusiv pălărie și ochelari de soare)!
Este foarte important să evitați arsurile solare, insolațiile și deshidratarea ca să vă puteți bucura de vară și soare din plin și să rămâneți sănătoși!

Farmacist primar Cornelia Gherga
www.farmacia3.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
Experții tău în comunicare pe domeniul medical

EXPOZIȚIE și CONFERINȚE MEDICALE ACREDITATE

PUNCTE EMC și ACCES GRATUIT

www.expomedika.ro

expomedika

5 - 8 IUNIE 2012

Palatul Parlamentului, București

Parteneri Conferințe:

Parteneri Media:

Organizator: dk expo