172
FIN WATCH
săptămâna MEDICALĂ
ANUL IX ▪ NR. 172 ▪ DECEMBRIE 2013

GOLD CREAM
Cremă de față regeneratoare
Efect antirid și antiîmbătrânire

Îmbunătățește circulația sanguină și regenerarea pielii;
•
Încetinește procesul de îmbătrânire a pielii;
•
Reduce liniile fine și ridurile;
•
Ideală pentru tenul matur.

ALMOND UNDER EYR CREAM
Cremă anticearcăne cu ulei de migdale

reduce cearcănele, pungile de sub ochi, acționând împotriva formării acestora;
•
are acțiune puternică de netezire și calmare a pielii sensibile din jurul ochilor, oferind o îngrijire delicată;
•
înviorează aspectul pielii ;
•
crema acționează sinergic, ajutând la cicatrizare, întinerire și la stimularea circulației.

ayurmed
www.star-ayurveda.ro
natural@star-ayurveda.ro
STAR international med

DERMOBACTER® 125 ml

O armă contra infecțiilor pielii și a mucoaselor!

Laboratoratoire INNOTECH International - Franța, are în portofoliu un produs de top în lupta cu microbii: DERMOBACTER® 125 ml, soluție cutanată, antiseptic bactericid cu spectru larg, indicat pentru realizarea antisepsiei și tratamentul adjuvant al afecțiunilor cutaneo-mucoase de etiologie bacteriană primară sau care se pot suprainfecta.

Dermobacter® se poate utiliza ca agent antimicrobian în infecţii bacteriene şi fungice ale pielii şi mucoaselor, atat la copii cât şi la adulţi. Asocierea celor două substanţe active, clorhexidină şi clorură de benzalconiu, acţionează asupra unui spectru larg de germeni responsabili de infecţii cutanato-mucoase de etiologie bacteriană primară sau care se pot suprainfecta[1].

Formula succesului – asocierea de două substanţe active cu acţiune sinergică.

Cand pielea are nevoie de ajutor, folosiţi Dermobacter®!

Clorura de benzalconiu: spaima bacteriilor

Clorura de benzalconiu (derivat cuaternar de amoniu): este un bactericid, virucid şi fungicid cu efect asupra:

- Germenilor Gram + (Gram pozitivi), cum sunt: Stafilococul auriu (Staphylococcus aureus), Streptococii (Streptococcus), Corynebacterium;
- Germenilor Gram – (Gram negativi), cum sunt Neisseria gonoreea, Proteus, Klebsiela, Mycolasma, Ureaplasma, inclusiv Pseudomonas aeruginosa;
- Bacteriilor transmise pe cale sexuală: Trichomonas vaginalis, Chlamidia;
- Fungilor (ciuperci, micoze): Candida albicans;
- Virusurilor: HIV, Simplex herpes (HSV2), Cytomegalovirus (CMV).

Clorhexidina: antiseptic din familia biguanidelor

Este un agent antimicrobian ce acţionează asupra germenilor Gram+ (Gram pozitivi), Gram – (Gram negativi) şi asupra fungilor: Candida albicans.

Dermobacter® dezinfectează într-un minut!

efectul se instalează rapid după un timp de contact de 1 minut;

- efectul se menţine mai mult de 6 ore;
- acţionează rapid şi de durată chiar şi în prezenţa substanţelor organice (proteine, exudat).

[1] Rezumatul caracteristicilor produsului

Acest medicament se poate elibera fără prescripţie medicală. Se recomandă citirea cu atenţie a prospectului sau a informaţiilor de pe ambalaj. Dacă apar manifestări nepldcute, adresaţi-vă medicului sau farmacistului. Viza de publicitate nr. 85/26.03.2013

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

1913-2013 INNOTHERA 100 years in Good Health

Laboratoire Innotech International
Reprezentanţa pentru România
Piaţa Charles de Gaulle, Nr. 2, Et. 2, Ap. 3, Sector 1, Bucureşti
Tel: 021 230 20 44, Fax: 021 230 20 47
e-mail: innotechromania@innothera.com

Gândită bine, coplata poate corecta nedreptățile din Sănătate!

M-am întrebat și eu ca și alții de ce trenează atât de mult reforma din Sănătate de vreme ce lipsurile sunt mari și situația a devenit presantă.

Sunt în Europa destule modele de sisteme sociale de asigurări sănătate și de pachete minimale de servicii după care să ne inspirăm!. Nu se pune problema pacienților cu resurse, care oricum se tratează în străinătate și nici a acelora care își permit recompensarea serviciului medical așa zis gratuit ci rezolvarea pacienților nevoiași, care nu ar putea să plătească asistența medicală.

De fapt, reforma ar trebui să rezolve în primul rând două lucruri: problema financiară din sistem și asigurarea accesului la servicii a tuturor cetățenilor.

Coplata (practicată în multe țări cu rezultate bune), eventual stabilită valoric funcție de gradul spitalului, de buzunarul pacientului etc, ar putea aduce bani buni în sistem, care bani, de data asta fiscalizați și păstrați la bugetul local (prin descentralizare) ar permite utilizarea lor strict în interiorul unității sanitare, pe baza unor priorități prin care s-ar putea asigura atât modernizarea unității cât și retribuirea corespunzătoare a personalului sanitar.

Coplata ar trebui raportată nu numai la o listă minimală de servicii dar și la nivelul veniturilor pacientului în cauză. Ne place sau nu, sistemul de asigurări de sănătate în esență asta înseamnă: să se ia de la pacientul bogat și să dea la cel sărac, iar în partea ailaltă același lucru, să ia din veniturile medicilor cu specialități „bănoase" (preponderent chirurgicale) și să se compenseze salarial medicii a căror activitate, prin natura specialității, este mai puțin „spectaculoasă" (ca de exemplu specialitățile care se ocupă de bolile cronice).

Bun, și atunci de ce totuși nu se introduce coplata sau altceva similar?

Probabil pentru că situația actuală, deși deranjează pe unii, convine altora.

Călin Mărcușanu

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Îngrijirea mâinilor în sezonul rece . . . 4
Dezvoltarea neuropsihică a școlarului mare 6
Îngrijirea bebelușilor în sezonul rece 9
Personalitatea pacientului, factor important în prevenție, diagnostic și tratament 10
Singurătate... fără partener de cuplu 12
Vaccinarea antigripală la gravide 14
Cristalinele artificiale 16
Relații hipertensiune arterială - sindrom metabolic la copil. 18
Durerea toracică 20
Dileme în terapia cu opioide (I) 22
Rinita ocupațională și sindromul clădirii bolnave 24
Aparatele auditive cu strategii electroacustice de tip OPEN sau RIC și abordarea lor în audioprotezarea pediatrică. 26
Modificări neuroendocrine în tulburările de comportament alimentar. 28
ENSBONA® Balsam de Cal 29
O abordare ayurvedică a diabetului zaharat 30
Așteptări fără limite din partea medicinei de laborator!. 32
Diagnosticul serologic al hepatitei C în centrele de transfuzie din România . .34

EDITOR FIN WATCH
Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3, Sc. 3, parter, 030775, sector 3, București
Tel: 021.321.61.23
Fax: 021.321.61.30
redactie@finwatch.ro
P.O. Box 4-124, 030775
Tiraj: 25.000 ex.
ISSN 2067-0508

Îngrijirea mâinilor în sezonul rece

Pielea sensibilă a mâinilor se numără printre primele victime ale frigului și vântului iernii. Dermul se înroșește, se usucă și crapă, dând naștere la disconfort. O mare parte a problemei o reprezintă aerul uscat, atât din locuințele încălzite cât și de afară, care evaporă uleiurile naturale din piele. Gerul si alimentația mai limitată din timpul iernii au și ele un cuvânt de spus.

Există din fericire o multitudine de soluţii pentru a îngriji mâinile pe timpul iernii, iar multe dintre acestea sunt mai mult decât accesibile.

Hidratează pielea frecvent

O mare parte dintre simptomele amintite mai sus sunt cauzate de distrugerea straturilor superioare ale pielii, care conţin un amalgam de proteine, lipide și uleiuri. Rehidratând pielea suficient, această barieră se menţine puternică, iar celulele afectate se regenerează rapid. În acest sens aplică o cremă hidratantă de 5-6 ori pe zi (asigură-te că ai mereu o cremă la îndemână), pentru o protecţie 24/7.

Este extrem de important să utilizezi produsele hidratante și înainte de culcare, iar dacă problema este serioasă poţi dormi cu mănuși subţiri de bumbac pentru a menţine umiditatea pielii.

Alege creme care conţin ingrediente recunoscute pentru proprietăţile lor speciale în îngrijirea dermului. Vorbim aici despre untul de shea, ce înmoaie și protejează pielea deteriorată, uleiul de măsline, aloe vera, uleiul de argan sau de jojoba.

Prevenția, la fel de importantă

De cele mai multe ori problema mâinilor uscate pe timp de iarnă poate fi prevenită fără prea mult efort. În primul rând este important să să evităm spălarea excesivă a mâinilor, mai ales atunci când folosim săpunuri și detergenţi ce usucă. Temperatura apei trebuie și ea să fie potrivită, călduţă și nu fierbinte.

Un alt sfat ușor de urmat este să porţi mănuși în momentul în care ieși din casă. Vei limita astfel pe cât posibil contactul pielii sensibile cu mediul neprimitor și vei încetini pierderea umidităţii. Există soluţii și pentru aerul uscat de acasă – folosește un umidificator de cameră. Vei observa rapid diferenţa, atât la nivelul pielii cât și al căilor respiratorii.

Unghiile au și ele nevoie de o protecţie specială, deoarece acestea pot deveni rapid casante și decolorate pe timpul iernii. Începe cu tratarea cuticulelor, de a căror sănătate depinde vigoarea unghiei. Poţi folosi seruri speciale dar și uleiuri hidratante.

Lacul de unghii folosit în exces poate grăbi dezhidratarea și agrava anumite probleme. Încearcă să-l folosești cu moderaţie.

În cazul în care problemele nu se ameliorează nici după ce ai folosit produse ce hidratează și regenerează pielea, s-ar putea ca lucrurile să fie mai serioase (eczeme, psoriazis), caz în care este necesară intervenţia unui medic dermatolog.

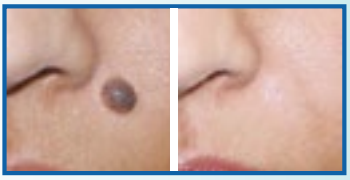
Adriana Moza
dermoconsultant - Farmacia 3
www.farmacia3.ro

ellman®
Experts in Precision Surgery

Intervenţii dermatologice realizate fără sângerare şi cu rezultate estetice superioare laserului, electrochirurgiei sau bisturiului

RADIOCHIRURGIE
Tehnologie Americană Patentată 4.0 MHz

Avantaje
- Vindecare rapidă
- Incizie fără presiune
- Incizie şi coagulare simultană
- Fără sângerare, edem şi inflamaţie
- Disecţia ţesutului fără producerea arsurilor
- Elimină durerea postoperatorie
- Reducerea semnificativă a riscului de infecţie şi al apararităţii hematoamelor
- Proceduri chirurgicale reduse ca durată
- Reduce disconfortul pacientului şi tratamentele postoperatorii
- Siguranţa chirurgului şi a pacientului; măsurile de siguranţă sunt minime în comparaţie cu laserul
- Costuri minime de întreţinere, uşor de utilizat



Proceduri comune
- Extirparea leziunilor beningne şi maligne (negi, carcinoame, cicatrice hipertrofice, keratoze, pete)
- Ideal pentru biopsie
- Telangiectazii
- Extirparea verucilor
- Matricectomie
- Procedura chirurgicală Mohs
- Microgrefe (transplant păr)
- Blefaroplastii
- Blefaroplastie transconjunctivală
- Rinofima
- Indepărtarea negilor, cheloidelor
- Eliminarea cicatricelor

Distribuitor Romania:
ELLMAN MED SRL
Tel :(021)311.94.42; (021)311.94.43 ▪ Fax.(021)311.69.60
e-mail:office@ellman.ro ▪ www.ellman.ro ▪ www.pelleve.ro

ISO
CE 0413

ELLMAN International,Inc.
3333 Royal Avenue, Oceanside, N.Y. 11572-3625 U.S.A
Tel: 800 835-5355; 516 594-3333 ▪ Fax: 516 569-0054
www.ellman.com ▪ www.pelleve.com

Dezvoltarea neuropsihică a școlarului mare

La începutul pubertății se dezvoltă și se perfecționează sistemul nervos central și îndeosebi activitatea nervoasă superioară. Sub influența condițiilor de viață și a lărgirii preocupărilor, se produc la această vârstă modificări funcționale ale creierului, se stabilesc noi legături temporare între diferiți centri cerebrali.

Datorită mediului extern, sub influenţa educaţiei şi a instrucţiei creşte rolul cuvântului, al celui de al doilea sistem de semnalizare. Aceasta are o mare importanţă privind îmbogăţirea fondului de cunoştinţe, în procesul gândirii şi al deprinderilor tânărului.

Particularităţile psihice de vârstă se caracterizează printr-o foarte largă variabilitate, în funcţie de condiţiile concrete de viaţă şi de activitate ale şcolarului, ca şi de educaţia şi instrucţia lui. Deoarece activitatea psihică are un caracter reflex, fenomenele psihice reprezintă reflectarea realităţii obiective, care acţionează asupra scoarţei cerebrale. Ca urmare, fenomenele psihice apar şi există numai în procesul interacţiunii permanente a individului cu lumea înconjurătoare.

În determinismul orientării psiho-sexuale a puberilor intervin influenţe multiple: tipul de hormon specific sexului, influenţele mediului social, sexul genetic cromozomial, reactivitatea şi afinitatea specifică înnăscută pentru sexul opus, tipul de sistem nervos. Din acest punct de vedere, maturarea sexuală, ca şi toate celelalte aspecte ale dezvoltării fizice nu exercită o influenţă determinantă asupra dezvoltării psihice a preadolescentului, deşi constituie un factor care nu trebuie ignorat. Astfel, maturarea sexuală reprezintă numai o condiţie internă nouă prin care sânt reflectate influenţele determinante ale mediului social.

În ceea ce priveşte raportul dintre intensitatea influenţelor familiale, sociale şi impulsurile interne, sexuale, în timp ce unii autori susţin că numai hormonii sexuali ar fi hotărâtori pentru dezvoltarea psihosexuală, alţii neagă rolul acestora, explicând desfăşurarea procesului exclusiv prin influenţa mediului social.

În general, influenţa hormonilor devine evidentă şi modifică evoluţia procesului de maturare, îndeosebi atunci când creşterea sau scăderea secreţiei lor devine patologică. La vârsta pubertăţii şi adolescenţei, memoria devine ageră, cunoştinţele se câştigă mai repede, iar amintirile din aceasta perioadă sânt plăcute şi de neuitat. Adolescentul are dorinţa de a cunoaşte tot ce este nou. Este vârsta plină de curiozităţi şi frământări, care îi trădează prezenţa în orice ocazie - pe stradă, în tramvai sau la şcoală ; adolescentul este zglobiu, gălăgios, curios şi cu mintea pătrunzătoare. Imaginaţia sa se îmbogăţeşte, se dezvoltă spiritul critic, se formează conştiinţa de sine, personalitatea. Corpul devine într-un anumit sens un fel de „simbol al eului". În locul gândirii puerile apar raţiona-

mentul, puterea de abstractizare şi conştiinţa de sine. Tânărul prezintă o sensibilitate şi emotivitate crescute. Maturarea sexuala se caracterizează printr-o excitabilitate crescută a sistemului nervos central, cu predominanta excitaţiei asupra inhibiţiei. Aceasta influenţează procesele afective, şi anume înclinaţia tânărului spre trăiri psihice intense.

O altă caracteristică a vieţii afective în această perioadă este marea labilitate psihică şi vegetativă, şi anume puberii trec repede de la o stare afectivă la alta, de la bucurie la supărare sau de la îngâmfare la timiditate. În privinţa comportamentului general, băieţii sânt mai dinamici, mai combativi, preferă anumite sporturi, specifice

sexului masculin. Fetele sânt mai delicate, mai liniştite, sânt mai ordonate şi dotate cu simţul amănuntului şi al îndemânării. La pubertate şi adolescenţă se trezesc dragostea pentru natură şi simţul artistic.

Erotismul juvenil

Datorită instinctului sexual, se trezesc un interes deosebit şi o atracţie puternică fată de sexul opus. Tânărul simte nevoia unei anumite prietenii şi astfel apare prima dragoste. La toate aceste transformări „chimice" care îl bombardează pe eroul nostru se adaugă schimbările sociale la care este expus în mediul său de viaţă, care de multe ori îl supun unor provocări emoţionale destul de greu de gestionat. Trecerea din clasa a 4-a în clasa a 5-a este o provocare pentru el, deoarece gradul de dificultate al programei şcolare creşte foarte mult, materiile se înmulţesc, trec de la învăţătoarea care le-a fost ca o mamă (sau cel puţin aşa ar trebui să fie) la mai mulţi profesori, cu pretenţiile şi personalităţile lor. Părinţilor le cresc de asemenea pretenţiile cu privire la performanţele lor şcolare, grupul de prieteni îi invită la ieşiri tot mai dese în oraş, încep primele flirturi, iar viaţa lor se complică din ce în ce mai mult.

O problemă destul de serioasă, care pare să fie trecută cu vederea de către toată lumea, este abuzul emoţional la care sunt supuşi de multe ori unii copiii în mediul lui social. Cei cu performanţe şcolare mai slabe sunt catalogaţi ca „proşti, retardaţi etc.", cei care poartă ochelari primesc porecle corespunzătoare, cei supraponderali sunt luaţi în râs de către ceilalţi colegi, hiperkineticii sunt percepuţi ca nebuni sau „oile negre" ale şcolii, cei care au o dizabilitate fizică sunt etichetaţi ca handicapaţi.

Toate aceste situaţii traumatizante pentru categoriile menţionate ar putea fi evitate dacă educaţia din copilăria mică ar fi mai solidă, s-ar pune un accent mai mare pe respectul faţă de semenii noştri. Din păcate, adulţii, care le sunt cel mai apropiat exemplu, pun mai mare preţ pe valorile materiale decât pe cele morale, astfel încât sistemele de valori se inversează în mintea tânărului. La şcoală i se cere să respecte nişte reguli de morală pe care le încalcă unii dintre profesori, trebuie să treacă cu vederea unele nedreptăţi care li se fac, acasă trebuie să fie calmi şi ascultători în condiţiile în care părinţii se ceartă şi îşi reproşează tot felul de neajunsuri. În aceste condiţii ambivalente, nu este de mirare că depresia şi anxietatea au devenit principalele cauze care aduc puberul în cabinetele specialiştilor în sănătate mentală. Acestea debutează cel mai frecvent cu scăderea performanţelor şcolare, la un copil care petrece acelaşi timp învăţând, la fel ca înainte, irascibilitate nejustificată, oboseală matinală, dureri de cap care nu au o cauză organică, insomnii de adormire, astenie fizică şi psihică. Din păcate, semnele menţionate se instalează insidios, uneori sugerează o tulburare organică, motiv pentru care tratamentul precoce este uneori mult întârziat. Din acest motiv, este bine să fiţi foarte atenţi la stările emoţionale prin care trece copilul dvs. iar în cazul schimbărilor majore, pe termen lung, nu uitaţi să luaţi în calcul posibilitatea instalării unei depresii de epuizare.

Absenteismul şi abandonul şcolar.

Plecările de acasă scad performanţele la învăţătură, apar primele „furtuni emoţionale", conflictele cu adulţii etc. În această etapă, copiii sunt mult mai dispuşi să-si împărtăşească problemele celor de vârsta lor, evitând dialogul cu părinţii. Dacă până la acest moment nu aţi reuşit să fiţi prietenii copilului dvs., să nu vă miraţi dacă acesta caută înţelegere sau sfaturi la „gaşcă".

Nu este de neglijat nici faptul că acum tinerii generaţiei noastre îşi încep viaţa sexuală, în majoritatea cazurilor fără să ştie mare lucru despre asta. Despre contracepţie sau protecţie faţă de bolile cu transmisie sexuală au auzit vorbindu-se, dar puţini sunt cei care le acordă importanţa cuvenită. Fumatul, etnobotanicele, dependenţa de jocuri pe calculator sunt de asemenea duşmanii din umbră, care abia aşteaptă să câştige bătălia.

Îngrijirea bebelușilor în sezonul rece

Îți faci griji în privința modului în care cel mic va face față amenințărilor ce vin odată cu anotimpul rece – frigul, gripa și răceala? Este normal, însă îngrijorarea nu trebuie să vă forțeze să „hibernați" în locuință până la sosirea primelor raze de soare. În continuare îți vom oferi câteva sfaturi care te vor ajuta să te bucuri de părțile frumoase ale iernii alături de bebelușul tău.

Controlează inteligent temperatura

Nou născuților le este mai dificil să-și ajusteze temperatura corpului decât nouă, de aceea este mai important să menținem o temperatură constantă în cameră decât una foarte ridicată. O temperatură potrivită în camera celui mic va fi undeva în jurul valorii de 18-20 de grade. Evitați căldura excesivă deoarece șocul trecerii la mediul de afară va fi unul mai mare.

În ceea ce privește hainele pentru plimbările în aer liber, putem folosi o regulă destul de simplă – micuții necesită un strat de haine în plus față de noi. Folosiți mai multe straturi de îmbrăcăminte pentru a putea regla temperatura în cazul în care bebelușului îi este prea cald/frig. Vă veți da seama mai precis de cum se simte acesta verificându-i temperatura în zona cefei sau a spatelui. De asemenea, dacă îi este frig nasul s-ar putea sa îi fie palid iar buzele mai vineții, iar dacă îi este prea cald va fi excesiv de îmbujorat sau transpirat.

Nu vă speriați dacă mânuțele sunt mai reci deoarece acest lucru este normal. Nu uitați să luați cu voi o căciuliță (o mare parte a caldurii corporale se pierde la nivelul capului) și mănuși.

Atenție la piele

Pielea micuților este extrem de sensibilă, iar căldura excesivă și uscăciunea aerului pot cauza eczeme. Pentru a evita problemele încercați ca băița să nu depășească zece minute și aveți grijă să folosiți un săpun special pentru piele sensibilă sau produse fără arome și coloranți sintetici. Nu uitați apoi să aplicați o cremă hidratantă, care trebuie utilizată și înainte de plimbare pentru a proteja pielea de vânt.

Teama de microbi

Gripa și răceala sunt afecțiuni obișnuite pentru perioada rece, iar epidemiile sunt și ele frecvente. Micuții, care nu au un sistem imunitar complet dezvoltat, sunt mai vulnerabili decât noi în fața agenților patogeni, însă nici de această dată izolarea nu este întotdeauna o soluție. Putem limita contactul cu microbii spălându-ne des pe mâini, atât noi cât și cei care vor interacționa cu bebelușul (nu trebuie să vă simțiți jenați să îi rugați să facă acest gest). Îi vom curăța și lui mânuțele, fie cu apă fie cu un gel antibacterian, mai ales dacă are tendința să le țină în gură.

În cazul în care observăm că anumite persoane prezintă simptome de gripă, cea mai bună soluție este să evităm pe cât posibil proximitatea acestora.

Pentru a întări sistemul imunitar a celor mici cea mai sănătoasă soluție este alăptarea, care ar trebui să fie făcută cât mai mult timp posibil. Studiile au demonstrat de-a lungul timpului o mare varietate de beneficii ale acestei practici.

Există de asemenea și o multitudine de produse și suplimente create special pentru necesitățile bebelușilor.

Nu trebuie să uităm că iarna alături de cel mic trebuie să fie un motiv de bucurie și nu de îngrijorare, iar cu puțină atenție vă puteți bucura împreună de magia acestui anotimp deosebit.

Angela Ciuciu
Asistent Farmacie Farmacia 3
www.farmacia3.ro

Personalitatea pacientului, factor important în prevenție, diagnostic și tratament

Mulți din pacienții noștrii ne întreabă și se întreabă, de ce au ajuns să facă bolile pe care le depistăm în cabinetul medicului de familie. Oare există o legătură între tipul de personalitate și bolile cele mai frecvente? Cercetătorii spun că aproximativ jumătate dintre noi suntem definiți de factorii genetici în ceea ce privește personalitatea. Pe lângă aceștia este clar că fiecare are anumite trasături de caracter și temperamente diferite.

Cu toţii cunoaştem că nu există boli, ci bolnavi, iar apariţia bolilor depinde şi de factorii de mediu, dar şi de factorii interni ce pot determina sau favoriza anumite boli. Unul din aceşti factori este tipul de personalitate. Cunoaşterea şi recunoşterea acestuia la pacienţii nostri, coroborat cu elementele clinice şi paraclinice ne poate aduce mai rapid la un diagnostic corect sau ne poate ajuta în comunicarea elementelor de prevenţie sau tratament.

Cunoaştem încă din antichitate care sunt principalele tipuri de personalitate: sangvinic, flegmatic, coleric şi melancolic. În fiecare din noi acestea coexistă într-o proporţie diferită. Medicul de familie, spre deosebire de ceilalţi specialişti, are avantajul că se vede mai des cu pacienţii, ceea ce poate duce la o cunoaştere mai aprofundată a fiecăruia, cu tot ceea ce ţine de mod de viaţă, socializare, obiceiuri nocive, etc.

Tipurile de personalitate au fost asociate cu existenţa unei umori dominante, prezente în organism: tipul sangvin - sânge, tipul flegmatic - flegma, tipul coleric – bila galbenă şi tipul melancolic – bila neagră. Aceste patru tipuri de personalitate de bază sunt deasemenea asociate cu anumite substanţe chimice, cum ar fi dopamina pentru tipul sangvinic, estrogen pentru tipul flegmatic, testosteron pentru tipul coleric şi serotonina pentru tipul melancolic. Deja ne putem duce cu gândul la anumite afecţiuni ce apar datorită variaţiilor acestor substanţe în organism, ca de exemplu: afecţiunile biliare, anemiile, afecţiuni endocrine, afecţiuni psihice. Să vedem care poate fi legătura dintre anumite boli şi tipul de personalitate şi cum ne ajută acest lucru în prevenţie şi tratament:

Tipul coleric

Acţionează frecvent cu toată energia de care dispune şi nu-şi dozează eforturile, fiind predispus la afecţiuni cardiace: HTA, CIC, cu complicaţiile lor, ca infarctul de miocard sau AVC. Neliniştiţi, fac totul într-o manieră agitată, ajungând frecvent la oboseală, suprasolicitare fizică şi nervoasă, acestea ducând spre afecţiuni vasculare: boala varicoasă, arteriopatii periferice. Au un control mai slab asupra alimentaţiei, de aici apărând afecţiuni digestive ca dischineziile biliare, ulcerele gastro-duodenale, gastritele hi-

peracide și esofagitele de reflux. Tot aici întâlnim des inflamaţii cronice, hipertiroidii și diverse tipuri de cefalee. Se pare că persoanele cu acest tip de personalitate au un nivel crescut de proteine ce intervin în sistemul imunitar.

Colericul va colabora dificil la tratament și regim, el refuzând din start ideea că este bolnav, sau că trebuie să se trateze. Trebuie convins cu multă diplomaţie că tratamentul este necesar, dar prima etapă este să-i câștigăm încrederea ca medic. Nu poate fi adus la control decât prin intermediul aparţinătorilor. Acestora, este obligatoriu să le dăm amănuntele regimurilor sau tratamentului, întru-cât colericul, fără ajutor din familie, nu se descurcă. Renunţă relativ ușor la medicaţie și nu rareori minte în legătură cu administrarea acesteia.

Tipul Sangvinic

Persoană agreabilă, deschisă, rezistent la oboseală, ușor integrabil în grup, suferă însă de superficialitate, deseori neatenţie și neglijenţă faţă de autoprotecţie. Aici întâlnim frecvent tulburări de ritm cardiac, afecţiuni digestive de tip gastrite, sindromul intestinului iritabil, boli endocrine, boli de sânge, accidente. S-a constatat că această categorie subestimează pericolele cotidiene și se adaptează mai greu obstacolelor vieţii.

Cu sangvinicul trebuie avut grijă la momentul dezvăluirii gravităţii afecţiunii, pentru a nu declanșa reacţii de tip depresiv. Ttrebuie insistat asupra tratamentului și a revenirii la control periodic, întru-cât renunţă rapid la medicaţie și apar astfel complicaţii. Uneori este necesar să-i arătăm că afecţiunea sa îl încadrează într-un grup mai mare de pacienţi și nu este un unicat, precum și că evoluţia bolii sub tratament este bună.

Tipul Melancolic

Caracterizat prin răbdare, analiză, precizie, minuţiozitate. Perfecţionist în toate acţiunile sale, înclinat spre activităţi de finețe, se autoanalizează frecvent. De aici apar stări de oboseală, stări depresive, anxietate, atacuri de panică, tulburări de somn. Melancolicul este ușor de recunoscut, deoarece frecvent are un dosar personal al tuturor bolilor și afecţiunilor de care a suferit. De obicei vine cu simptomele scrise pe hârtie și uneori chiar cu tratamentul la care se așteaptă !

Acestuia trebuie să-i detaliem regimul alimentar și să-i facem schema de tratament, explicându-i efectele pozitive ale fiecărui medicament. Nu trebuie să insistăm asupra eventualelor complicaţii ale bolilor, fiind necesară atitudinea încurajatoare. Atenţie, pus în faţa unei situaţii noi, el poate avea reacţii paradoxale, mai lente și neadecvate.

Este important să nu cădem în plasa excesului de investigaţii și consultaţii pe care melancolicul le solicită.

Tipul Flegmatic

Are un comportament dominat de inerţie, reacţii lente, este înclinat spre meditaţie, adaptabil mai greoi la situaţii noi, conservator, calm și reţinut. Rezistenţa sa mărită la activităţi, devotamentul și integrarea dificilă în colectivitate, pot duce la suprasolicitare nervoasă, depresii, afecţiuni psihice, el fiind deseori dezamăgit de tot ce-l înconjoară sau de reacţiile celor din apropiere. Este predispus la tulburări de circulaţie periferică, boli reumatice, artroze, boli de piele. Au tendinţă mai mare de a fuma.

Odată apărută boala, flegmaticul se izolează de lume, este obsedat de efectele negative ale tratamentului sau de întârzierea apariţiei semnelor de vindecare. Este necesar să-i demonstrăm partea pozitivă a tratamentului, odată înţeles acest lucru, va fi foarte atent și disciplinat în această direcţie. Este tipul de personalitate care ne creează cel mai puţin probleme în cabinet.

Singurătate... fără partener de cuplu

Fülöp Cristina
Psiholog
psihoterapeut
Cabinet Individual de Psihologie
0722.509.713 / 0748.752.538

Cei mai mulți dintre noi se tem de singurătate și asta pentru că deseori suntem mimetici și pentru că majoritatea credințelor se îndreaptă către conotațiile negative ale acestei "realități": a trăi fără partener de cuplu este rău, dezavuat, indezirabil social, trist și greu. Sigur că majoritatea dintre noi ne dorim să trăim în cuplu și poate, să avem copii mai apoi, și că această formulă de viață și-a dovedit beneficiile în timp, dar să zăbovim puțin asupra situației în care partenerul de cuplu lipsește. Poate fi o situație tranzitorie pe care nu am ales-o și nu ne-o dorim, sau o decizie personală de moment.

Situația celor care își doresc cuplul și nu-l au, pare cea dificilă și la aceasta vă propun să reflectăm…

Mă gândesc că singurătatea poate fi privită în multe feluri, și e clar că realitatea fiecăruia dintre noi este diferită. Intervin atât de multe variabile în funcție de care " putem evalua " acest status. Ce mi se pare important, este tocmai să reușim să dăm deoparte aprecierile și credințele celorlalți și să fim sinceri cu noi înșine, înainte să ne întristăm sau să ne temem de singurătate. Asta înseamnă și că totul este relativ, că avem libertatea să semnificăm așa cum vrem orice realitate interioară.

Ce anume putem pozitiva în situația de a nu avea partener? Există cu siguranță multiple grade de libertate determinate de acest statut și putem folosi această perioadă din viața noastră pentru a evolua personal. Poate că acesta este timpul în care putem dezvolta acele paliere ale vieții noastre care fac ca întregul să își păstreze echilibrul. Putem avea grijă "să fim", într-o măsură mai mare decât "să facem". Am putea începe prin a ne ocupa de relațiile pe care le avem, începând cu cea cu noi înșine, și asta este despre dezvoltare personală. O idee ar putea fi să ne cunoaștem mai bine, din cât mai multe perspective: ce ne place, ce ne interesează, ce scopuri imediate sau mai îndepărtate avem, ce ne preocupă, ce ne îngrijorează și ce ne bucură, de ce anume ne pasă și la ce suntem atenți, ce ne stârnește interesul sau încrederea și ce ne face nemulțumiți, ne bucură sau ne întristează? Apoi, am putea să ne îndreptăm atenția asupra celor dragi și asupra celor din jurul nostru, aflați acolo fără să fi decis noi și să aflăm despre ei, lucruri la îndemână, dar pe care am ales să le ignorăm sau să le lăsăm deoparte până acum. Am putea descoperi sau redescoperi oameni și am putea dezvolta sau modifica relațiile cu ei.

Mai apoi, am putea afla și "re-afla", despre locuri și stări, despre care nu am știut sau am uitat că există, și mă gândesc că mai ales acum, în prag de sărbători, am putea "să ne reașezăm" în noi, dar mai ales în relațiile cu alții, într-o altă ipostază, de data aceasta aleasă, de om care este împreună cu alții…

Cred că, făcând toate astea, nu vi se va mai părea că cel mai la îndemână este să fiți triști și temători, ci, dimpotrivă, că bucuria și satisfacția sunt optiuni pe care le alegeți….și, cum fiecăruia dintre noi îi plac oamenii bucuroși și multumiți, aveți șanse mai mari să vă întâlniți partenerul potrivit.

Pharmatex® Capsule, beneficiile contracepției locale

Pharmatex® Capsule este o metodă contraceptivă locală fără limite legate de vârstă, de condițiile fiziologice sau de o patologie medicală, fiind recomandată de Organizația Mondială a Sănătății ca metodă contraceptivă ce poate fi utilizată fără nicio restricție medicală.

Pharmatex® Capsule conține **clorură de benzalconiu,** care este un spermicid și un antiseptic în același timp[1].

Efectul spermicid constă în împiedicarea contactului dintre ovul și spermatozoizi, în primul rând prin imobilizarea spermatozoizilor și prin distrugerea membranei celulare, și în al doilea rând clorura de benzalconiu induce gelificarea mucusului cervical, împiedicând deasemenea pătrunderea spermei.

Această contracepție locală se adresează tuturor femeilor ce doresc să utilizeze o metodă contraceptivă.

Se poate folosi în mod special în cazul contracepției orale, în cazul în care s-a uitat sau s-a întârziat administrarea un comprimat; în aceste cazuri se recomandă asocierea acestor 2 metode în perioada ce a mai rămas din ciclul menstrual.

Această contracepție locală poate fi, de asemenea, utilizată:

- în cazul în care există o contraindicație temporară sau definitivă a contracepției orale sau a unui dispozitiv intrauterin (DIU);
- după naștere, în perioada de alăptare, în perioada de premenopauză;
- când se dorește o contracepție de scurtă durată;
- ca modalitate de asociere în cazul contracepției locale prin obturator vaginal (diafragmă) sau sterilet (în special atunci când se administrează concomitent unele medicamente, precum AINS).

Astfel, poți folosi **Pharmatex® Capsule** fără griji dacă ai trecut de 35 de ani, dacă ești fumătoare sau alăptezi, dacă ai hipertensiune, hepatită sau diabet. Vei fi protejată de o sarcină nedorită fără a-ți face rău.

Pharmatex® Capsule poate fi folosit de toate femeile, inclusiv acele femei care au boli cardiovasculare (ca hipertensiunea arterială), tulburări metabolice (hiperlipidemie, diabet, etc), boli hepatice, cancer mamar și cel de col uterin, adică femeile care au contraindicații la pilule contraceptive sau dispozitive intrauterine.

Clorura de benzalconiu este un spermicid și un antiseptic în același timp. Studii făcute in vitro arată că produsul este activ pe un anumit număr de agenți infecțioși resposabili pentru bolile transmisibile pe cale sexuală, în special: gonococi, chlamydii, herpes virus tip 2, HIV, Trichomonas vaginalis, stafilococ auriu.

Nu se produc modificări ale florei saprofite iar bacilii Döderlein nu sunt influențați.

Pentru a nu se inactiva efectul contraceptiv, nu se recomandă asocierea altor medicamente administrate pe cale vaginală (antifungice, antitrichomonas, antibacteriene, antiseptice, antiherpetice, produse cu administrare locală ce conțin estrogeni).

Prin substanța sa activă, **clorura de benzalconiu, Pharmatex® Capsule** acționează strict local, fără să provoace efecte nedorite și fară să modifice flora vaginală, produsul respectand Ph-ul vaginal.

Dacă se dorește o metodă contraceptivă fără efecte adverse sistemice, fără contraindicații*, care respectă flora vaginală și lactobacilii, alegeți Pharmatex® Capsule vaginale!

**cu excepția hipersensibilității la clorura de benzalconiu sau la oricare dintre excipienții produsului.*

[1] *Rezumatul caracteristicilor produsului*

Acest medicament se poate elibera fără prescripție medicală. Se recomandă citirea cu atenție a prospectului sau a informațiilor de pe ambalaj.
Dacă apar manifestări neplăcute, adresați-vă medicului sau farmacistului. Viza de publicitate nr. 85 /26.03.2013

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

1913-2013 innothera 100 years of Good Health

Laboratoire Innotech International
Reprezentanța pentru România
Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Et. 2, Ap. 3, Sector 1, București
Tel: 021 230 20 44, Fax: 021 23020 47
e-mail: innotech.romania@innothera.com

Vaccinarea antigripală la gravide

Prof. Dr. Viorel Alexandrescu, *medic primar, doctor în ştiinţe medicale, CSI Şef Centru Naţional de Gripă al I.N.C.D.M.I. „Cantacuzino" din reţeaua OMS, Şef Compartiment Farmacovigilenţă - Studii Clinice Expert în gripă al ECDC*

Unic prin profilul său în țară, Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare pentru Microbiologie și Imunologie « Cantacuzino » constituie suportul tehnic de excelență în prevenirea și combaterea bolilor transmisibile la om, prin activitățile sale definitorii complexe de cercetare, producție, diagnostic microbiologic performant, servicii de sănătate publică și învățământ universitar și postuniversitar.

Inclusă de mai multă vreme în categoria de risc de complicaţii şi deces, sarcina face încă obiect de controverse privind utilitatea şi efectul nociv al vaccinării antigripale asupra produsului de concepţie. Se incriminează încă de către unii ginecologi / obstreticieni efectul teratogen care este atribuit în general la mai multe vaccinuri fără ca această opinie să fie documentată ştiinţific. Se confundă în această abordare vaccinurile inactivate cu cele vii atenuate şi se exagerează, în cazul primelor, efectele secundare care ar contraindica vaccinarea.

În decizia vaccinării antigripale la gravide trebuie pornit de la evoluţia gripei la acestea, care este evidenţiată de foarte multe studii. Graviditatea implică modificări hemodinamice (creşterea frecvenţei cardiace, creşterea masei sanguine, creşterea greutăţii corporale, retenţie de lichide), ale capacităţii pulmonare (presiune prin uterul gravid asupra diafragmului în lunile avansate de sarcină) şi modificări ale rezistenţei la infecţii prin scădere relativă a proteinelor (transfer placentar) şi inducerea unei toleranţe imunologice a produsului de concepţie care se însoţeşte de o diminuare a răspunsului imun. În acest context de modificări, considerate fiziologice, orice infecţie, inclusiv gripală, poate fi însoţită de o rată crescută de complicaţii şi uneori de deces care, în unele studii, ajunge până la 5% în cazul epidemiilor severe, aceste evoluţii fiind evidenţiate în majoritatea cazurilor la femeile gravide sănătoase. În plus, se uită că, dintre femeile gravide, există circa 5-10 % cu boli cronice asociate care potenţează riscurile de complicaţii şi deces.

În mod paradoxal, medicii de familie recomandă, mai mult decât medicii ginecologi, vaccinarea la gravide, aceştia din urmă invocând, chiar în cazul gravidelor cu boli cronice asociate, riscul de malformaţii când imunizarea se face în primul trimestru, agravarea bolii sau naştere prematură. În fapt, reacţiile secundare ale vaccinului gripal sunt majoritar locale (10-15%), iar reacţiile generale (febră moderată, cefalee, etc.) sunt < 1%, ambele tipuri de reacţii fiind de scurtă durată, uşor de combătut şi minore în comparaţie cu simptomatologia gripei. Se ignoră că gripa poate evolua relativ frecvent cu febră > 380 C, cu tuse frecventă (poate declanşa contracţii), cu cefalee intensă, rinoree abundentă, astenie şi stare generală modificată care imobilizează gravida la pat, accentuând în acest fel staza venoasă la membrele inferioare şi crescând efortul cardiac. În ceea ce priveşte spitalizările femeilor gravide în timpul sezonului gripal, acestea sunt, după unele studii, de 1,2% la cele cu boli cronice asociate, în cel de al

treilea trimestru de sarcină, și de 0,068 % la cele sănătoase.

În sezonul gripal, se înregistrează și un număr mare de infecţii respiratorii acute la gravide (rata fiind de 25%), iar, în ultimul trimestru de sarcină, infecţiile acute respiratorii sunt de circa 5 ori mai multe decât cele raportate la aceleași femei în anul premergător sarcinii. A existat multă vreme reţinerea în vaccinarea gravidelor în primul trimestru de sarcină, motivaţia fiind bazată pe teama că reacţia febrilă post vaccinală ar putea influenţa evoluţia sarcinii sau ar avea efecte nocive asupra produsului de concepţie, dar, după mai mulţi ani și mai multe studii, s-a eliminat această restricţie. În prezent, recomandările OMS, CDC Atlanta și ECDC menţionează expres că gravidele pot fi vaccinate în orice perioadă a sarcinii pentru a se putea oferi protecţie pe toată durata epidemiei de gripă. Efectul benefic al vaccinării gravidelor se extinde și la nou-născuţi, dar și la sugarii mici (< 6 luni), deoarece anticorpii materni (IgG) trec transplacentar și prin lapte, asigurând o protecţie de cel puţin 6 luni. Mai multe studii au evidenţiat o incidenţă crescută a îmbolnăvirilor de gripă la copiii < 6 luni, cu rate mari de complicaţii și deces în perioadele de activitate epidemică, iar, cum această categorie de vârstă nu se vaccinează direct, o soluţie de protejare ar fi vaccinarea sistematică a gravidelor și a mamelor.

Pornind de la aceste evidenţe, studii ulterioare au arătat că vaccinarea gravidelor și a mamelor reduce cu 65% infecţiile gripale confirmate la copiii < 6 luni, cu 36% bolile respiratorii febrile la mame și, respectiv, cu 29% la copii. În România, gravidele nu se vaccinează sistematic (sau deloc), chiar cele cu boli cronice asociate, existând și în această situaţie prejudecata efectelor adverse severe duble asupra sarcinii și a bolii cronice asociate, ceea ce face ca gripa epidemică să aibă un impact necontrolat asupra acestei categorii de mare risc, recunoscută și inserată în toate strategiile de prevenire și combatere a gripei. Este nevoie de "curaj" și de o conștientizare a efectului benefic al vaccinării antigripale pentru femeia gravidă și pentru comunitate, din partea medicilor practicieni (familie, ginecologi/ obstetricieni, etc.), dar și a populaţiei.

Cristalinele artificiale

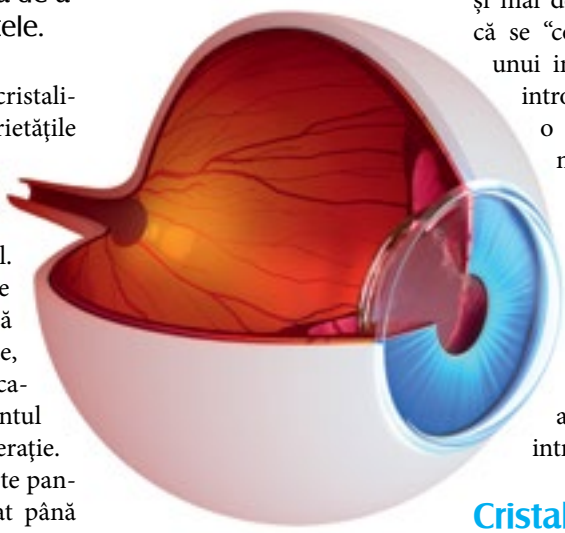
Cristalinul este una dintre cele două lentile ale ochiului și se află imediat în spatele părții colorate a ochiului, irisul. Cristalinul are rolul de a focaliza imaginea pe retină. O altă caracteristică importantă este acomodația, prin care înțelegem capacitatea de a vedea la toate distanțele.

În anumite situaţii cristalinul îşi pierde proprietăţile şi astfel este afectată vederea. Din fericire acesta poate fi înlocuit cu unul artificial. Operaţia de schimbare a cristalinului durează aproximativ 7 minute, se face cu anestezie locală, fără internare, pacientul plecând acasă după operaţie. Este obligatoriu să poarte pansament la ochiul operat până în ziua următoare când se prezintă la controlul postoperator. Rata de reuşită a acestei operaţii este foarte mare, de peste 99%.

Cea mai frecventă afecţiune ce duce la alterarea cristalinului este cataracta, peste 70 % din persoanele ce depăşesc vârsta de 60 de ani dezvoltă cataractă. În afară de vârstă, există şi alţi factori ce pot influenţa sau determina opacifierea cristalinului:

- medicamentele (ex.: cortizonul).
- mediile toxice.
- bolile sistemice (ex.:diabet).
- traumatismele.
- expunerea la raze ultra violet.
- temperaturile extreme.

Cristalinul artificial este o lentilă fabricată dintr-un material biocompatibil, fiind foarte bine tolerat de organism; acesta suplinește funcția cristalinului natural.



Cristalinele artificiale sunt de mai multe feluri și dimensiuni, în funcţie de producător și de nevoi. Ele pot fi rigide (PMMA) sau moi (foldabile). Cristalinele rigide sunt din ce în ce mai rar folosite deoarece necesită o incizie mai mare, de aproximativ 6 mm.

Cristalinele de "cameră posterioară" sunt cele care respectă întru totul anatomia ochiului, fiind poziţionate exact în locul cristalinului natural, după extragerea acestuia.

Cristalinele arificiale moi, cunoscute sub numele de foldabile sunt cele mai moderne și mai dorite, datorită faptului că se "comprimă" cu ajutorul unui injector și astfel pot fi introduse în ochi printr-o microincizie (taietura mică), astfel nemaifiind nevoie de sutură (cusătură). Avantajele oferite de cristalinul foldabil sunt: incizie mică, lipsa firului, vindecare rapidă, scăderea riscului de apariţie a complicaţiilor intra și postoperatorii.

Cristalinele foldabile pot fi:

- monofocale sferice și asferice.
- multifocale.
- torice monofocale.
- torice multifocale.

Cristalinele monofocale restaurează vederea dar după operaţie pacientul va ramâne cu ochelari, de cele mai multe ori pentru aproape. Există situaţii în care, după operaţie, este nevoie de ochelari și pentru

distanţă şi pentru aproape.

Cristalinele asferice, în comparaţie cu cele sferice, furnizează o vedere mai clară, cu un contrast mai bun.

Cristalinele torice: au proprietatea de a corecta şi dioptriile cilindrice şi se adresează persoanelor care au astigmatism.

Cristalinele multifocale reprezintă vârful tehnologiei, oferindu-i pacientului independenţa faţă de ochelari în peste 85% din activităţile zilnice. Cristalinele multifocale personalizate se adresează celor care au dioptrii extreme, inclusiv astigmatism. Acestea se comandă în urma unor măsurători şi investigaţii, apoi se fabrică personalizat pentru respectivul pacient.

Dintre toate tipurile de cristaline artificiale, cele multifocale oferă cea mai mare satisfacţie vizuală.

Pe lângă persoanele cu cataractă, cei cu dioptrii forte: miopie, hipermetropie, astigmatism, pot beneficia de operaţii pentru reducerea dioptriilor prin schimbarea cristalinului în scop refractiv. În acest caz se calculează puterea cristalinului artificial necesară pentru a obţine după implantare o dioptrie suficient de mică încât să nu fie nevoie de ochelari.

În cazul în care, după operaţie de implant de orice fel de cristalin, nu se obţine dioptria dorită, se poate apela la o nouă intervenţie cu laser excimer.

Cristalinele artificiale de "cameră anterioară", rigide sau nu, se implantează în faţa părţii colorate a ochiului (iris), la pacienţii la care din anumite motive nu se poate implanta un cristalin în locul în care a fost cel natural.

Cristalinele artificiale cu iris reprezintă o soluţie pentru pacienţii care din naştere (congenital) sau în urma unui accident nu au iris.

Dr.Andrei Filip
Medic Primar Oftalmolog
Doctor în Ştiinţe Medicale
www.lasek.ro • www.amaoptimex.ro

AMA OPTIMEX

Relații hipertensiune arterială - sindrom metabolic la copil

Hipertensiunea arterială (HTA) esențială apare la copii cu antecedente familiale de hipertensiune sau boli cardiovasculare sau la copii cu obezitate și/sau sindrom metabolic.

Definită prin valori tensionale sistolice sau/și diastolice [3] percentila 95 pentru vârstă, sex și talie, la cel puțin 3 determinări separate, HTA se stadializează în trei trepte:

- Prehipertensiune – tensiunea arterială (TA) ≥ percentila 90 dar < percentila 95
- (La adolescent, orice TA > 120/80 mmHg dar < percentila 95, chiar dacă TA este
- < percentila 90 este de asemenea, prehipertensiune).
- HTA stadiul 1: TA între percentila 95 și percentila 99 + 5 mmHg
- HTA stadiul 2: TA > percentila 99 + 5 mmHg

HTA esenţială la copii și adolescenti are de regulă valori moderate fiind de stadiul 1.

În pediatrie, hipertensiunea arterială esenţială are o pondere de 5-10% în perioada de copil mic și până la 80% la adolescent și adultul tânăr; celelalte procente sunt reprezentate de hipertensiunea secundară. Sindromul metabolic la copil are o pondere de 3-5%, în funcţie de autor. La copiii cu obezitate incidenţa sindromului metabolic este de pînă la 30%.

HTA reprezintă unul dintre criteriile definitorii ale sindromului metabolic. Conform Programului Național American de Educaţie asupra Colesterolului, diagnosticul de sindrom metabolic la adult reclamă cel puţin trei dintre următoarele criterii:

- valori crescute ale tensiunii arteriale (>130/85 mmHg);
- valori plasmatice ridicate ale glicemiei a jeun;
- obezitate abdominală (circumferinţa abdominală >102 cm la bărbaţi și > 88 cm la femei);
- concentraţia serică scăzută a HDL-colesterolului (<40mg/dl la bărbaţi și <50mg/dl la femei);
- valori crescute ale nivelului seric al trigliceridelor (>150 mg/dl).

La copil, diagnosticul de sindrom metabolic este ceva mai dificil. Componentele de risc pentru sindomul metabolic la copil, sunt definite mai jos:

- obezitatea (indicele de masă corporală ≥ percentila 95)
- HDL colesterol scăzut ≤ 35 mg/dl
- trigliceride crescute >110 mg/dl
- insulinemia crescută > 20 U/l
- diabetul zaharat (glicemia ≥ 126 mg/dl)
- hipertensiunea arterială (TA ≥ percentila 95)

După cum se observă, în definirea sindromului metabolic se includ o serie de componente care, împreună sau singulare, reprezintă factori de risc pentru boli cardiovasculare, atât în perioada copilăriei, cât și la vârsta de adult: hipertensiunea arterială, obezitatea, dislipidemia.

Hipertensiunea arterială și sindromul metabolic prezente încă din copilărie, reprezintă factori majori de risc cardiovascular, cu implicaţii severe asupra morbidităţii și mortalităţii la vârsta de adult.

Conf. Dr. Angela Butnariu
Universitatea de Medicina si Farmacie „Iuliu Hatieganu", Cluj Napoca, Tel: 0727 864 866
angela_butnariu@yahoo.com

Spitalul Monza
Centru Cardiovascular

365 DE ZILE DE GRIJĂ
PENTRU INIMA TA

Tensiunea e o problemă pe care o înfrunți în fiecare zi?

Achiziționează Pachetul HTA Premium cu o reducere de 50%

Pachetul HTA Premium conține:

1. **Evaluare inițială:**
   - ✔ Consult cardiologic cu ECG
   - ✔ Ecocardiografie
   - ✔ Analize uzuale: hemoleucogramă, glicemie, profil lipidic (HDL, LDL, TG), uree, creatinină, Na, K, AST, ALT, sumar urină, HbA1c, microalbuminurie
   - ✔ Monitorizare ambulatorie (Holter TA) pentru 24 ore la 2 săptămâni de la vizita inițială
   - ✔ Test de efort ECG / ecocardiografie de stress (dacă este cazul)
   - ✔ Examen Doppler carotidian
2. **Control la 3 luni:**
   - ✔ Consult clinic, ECG, profil lipidic (HDL, LDL, TG)
3. **Control la 6 luni:**
   - ✔ Consult clinic, ECG, repetă Holter TA 24 ore
4. **Control la 9 luni:**
   - ✔ Consult clinic, ECG, profil lipidic (HDL, LDL, TG)
5. **Control la 1 an:**
   - ✔ Similar evaluării inițiale

Informații si programări
la tel. 031.255.25.00
Str. Tony Bulandra, Nr. 27,
Sector 2, București
info@spitalulmonza.ro
www.spitalulmonza.ro

Durerea toracică

Este una dintre cauzele cele mai frecvente ale prezentării la cardiolog sau la camera de gardă. De multe ori este o durere inofensivă, fără risc vital și fără cauză cardiacă, dar în unele cazuri poate fi fatală. Este una dintre principalele cauze ale suprasolicitării departamentelor de urgență și, în același timp, foarte frecvent neluată în serios de pacienți, ducând la omiterea unui diagnostic precoce al infarctului miocardic acut (mulți pacienți o consideră o simplă "răceală" și ajung la medic abia după câteva zile). De multe ori este dificil chiar și pentru medic să stabilească imediat cauza durerii toracice.

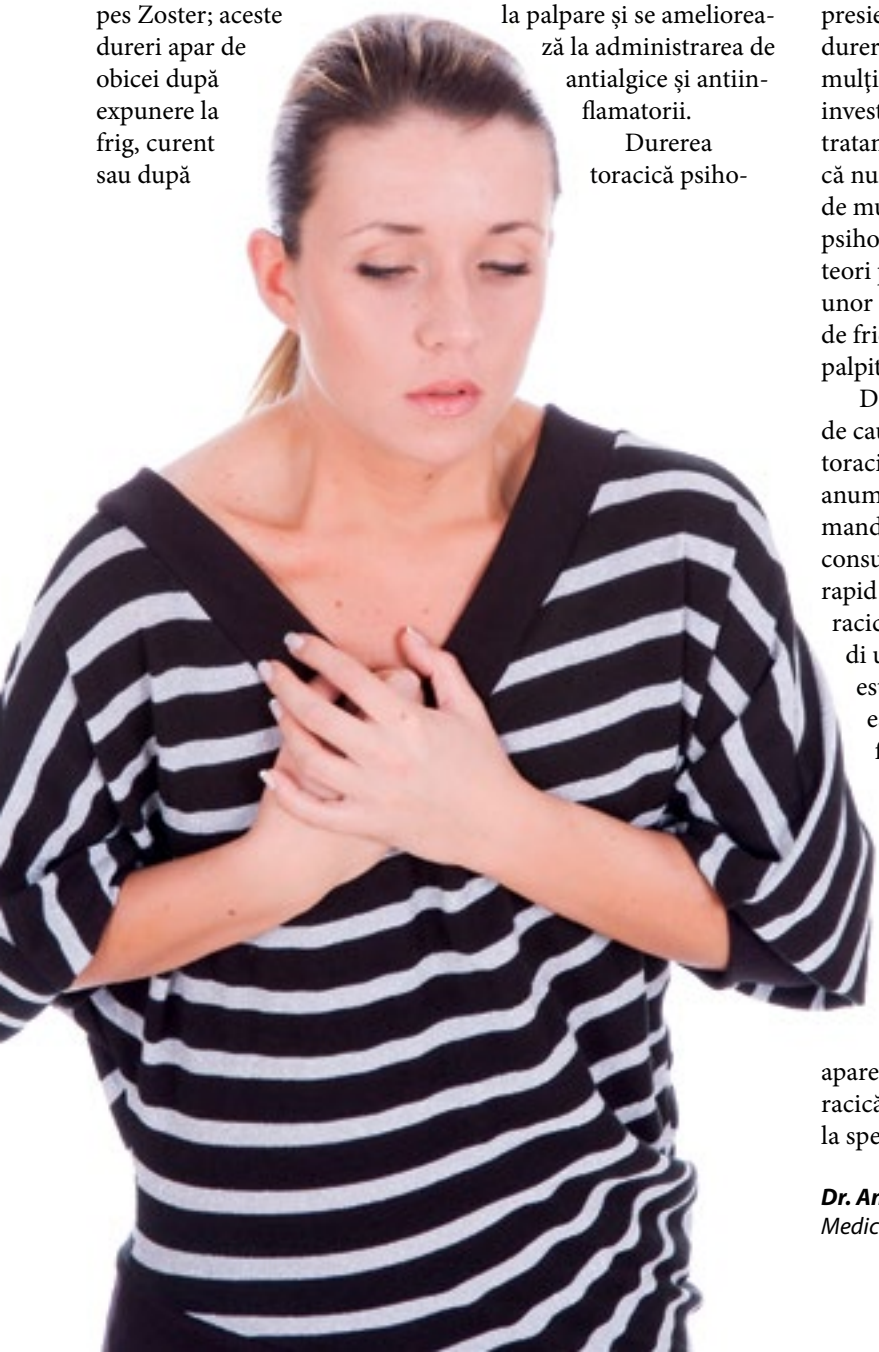
Orice parte a toracelui poate determina apariţia acestei dureri. Dintre durerile toracice, majoritatea au cauze noncardiace: parietale (care ţin de peretele toracic), pleurale (pleurezia), pulmonare (pneumotoraxul sau pneumonia), digestive (esofagite de reflux) etc. Din cauza distribuţiei complexe a sistemului nervos în organism, durerea toracică își poate avea originea și în alte zone ale corpului (de exemplu în abdomen: ulcer perforat, colecistită s.a.). O altă parte au cauză cardiovasculară și sunt potenţial ameninţătoare de viaţă. Acestea sunt primele la care ne gândim, pentru că sunt foarte grave și necesită tratament de urgenţă.

Principala cauză a durerii cardiace este ischemia: angina pectorală, infarctul miocardic acut. Durerea ischemică cardiacă are anumite caracteristici: apare și dispare progresiv (nu brusc), apare în special la efort, durează aproximativ 10-20 de minute și cedează rapid la administrarea de nitroglicerină sublingual. Este localizată în centrul pieptului (în dreptul sternului), uneori iradiază către membrul superior stâng, către mandibulă sau în ambele braţe. De obicei nu este însoţită de alte simptome, dar câteodată se poate asocia cu greaţă, vărsături, dispnee (lipsa de aer), ameţeli, fatigabilitate (oboseală). Acest tip de durere nu variază cu mișcările respiratorii și nici cu schimbarea poziţiei. Niciunul dintre aceste caractere nu este patognomonic (nu pune diagnostic cert), ci toate sunt doar orientative; stabilirea exactă a diagnosticului se face asociind aceste informaţii cu cele oferite de EKG; uneori este nevoie și de investigaţii suplimentare (ecografie cardiacă, test de efort EKG, examen CT toracic, radiografie cardiopulmonară, analize de sânge etc.). Când ischemia cardiacă nu este foarte gravă, este posibil ca în intervalele dintre episoadele dureroase EKG să nu arate modificări (ci numai în timpul durerii); dacă ischemia este mai avansată, atunci pot apărea modificări și în perioadele fără durere.

Durerea ischemică nu este însă singura cauză a durerii cardiace; pot fi și alte afecţiuni cardiovasculare care pun viaţa în pericol și care se manifestă prin durere toracică: pericardită (inflamaţia pericardului - foiţa care înveleşte inima, însoţită sau nu de acumularea de lichid în spaţiul dintre aceasta și inimă), disecţia de aortă (ruptura peretelui celui mai mare vas al organismului), embolia pulmonară (prezenţa unui cheag de sânge în arterele pulmonare); în aceste cazuri durerea nu mai este tipic ischemică, ci este în general continuă, de intensitate variabilă. Intensitatea durerii nu este direct proporţională cu gravitatea afecţiunii.

Însă, proporţia cea mai mare a cazurilor de durere toracică este reprezentată de durerea de cauză noncardiacă, în special durerea parietală și cea psihogenă. Durerea parietală poate fi traumatică sau, în majoritatea cazurilor, inflamatoare; poate proveni de la spondiloza cervico-toracală

(afecţiune a coloanei vertebrale toracale cu iradiere anterioară, de multe ori însoţită şi de iradiere pe membrul superior stâng), periartrita scapulohumerală stângă, sindromul Tietze (inflamaţia articulaţiilor dintre partea anterioară a coastelor şi stern), herpes Zoster; aceste dureri apar de obicei după expunere la frig, curent sau după eforturi fizice mari, mişcări bruşte sau poziţii incomode menţinute pe o perioadă mai lungă (la birou, la volan etc.); în general, acest tip de durere persistă mai mult timp (orezile) şi variază cu schimbarea poziţiei corpului sau cu mişcările respiratorii, se accentuează la palpare şi se ameliorează la administrarea de antialgice şi antiinflamatorii.



Durerea toracică psihogenă face parte din categoria cenestopatiilor (dureri fără o cauză organică); este un diagnostic de excludere; trebuie întâi infirmate posibilele cauze obiective; apare în special la pacienţii care au trecut prin perioade lungi de stres, situaţii conflictuale, la pacienţii cu depresie; pacienţii cu acest tip de durere merg foarte frecvent la mulţi medici, fac o mulţime de investigaţii, primesc multiple tratamente, fără a fi convinşi că nu au o afecţiune cardiacă; de multe ori refuză asistenţa psihologică sau psihiatrică. Alteori poate apărea în contextul unor atacuri de panică însoţită de frică, dispnee, transpiraţii, palpitaţii.

Data fiind multitudinea de cauze posibile ale durerii toracice şi riscul de deces al anumitor afecţiuni, este recomandat ca pacientul să solicite consult de specialitate cât mai rapid de la debutul durerii toracice, chiar dacă se va dovedi ulterior ca afecţiunea nu este una gravă. De aceea, este util ca şi medicii de familie să aibă în cabinet un electrocardiograf, pentru a putea diagnostica rapid un sindrom coronarian acut şi a-l îndruma către departamentele de urgenţă. Pacienţii cunoscuţi cu afecţiuni cardiace sau hipertensivi la care apare un episod de durere toracică trebuie să meargă direct la specialistul cardiolog.

Dr. Angela Georgescu,
Medic specialist Cardiologie

Dileme în terapia

Terapia cu opioide (TO) are cea mai încărcată istorie, fiind folosită de milenii în toată lumea, găsind-o consemnată pentru prima oară în scrierile lui Teofrast, în secolul II î.e.n. Extractul brut din capsula de mac, cunoscut sub denumirea de opiu, a început să fie folosit empiric la început în Asia Mică, după care prin călătorii arabi s-a răspândit în Grecia, Imperiul Roman, China și toată Europa. Înaintașii noștri cunoșteau acest produs și-l foloseau sub diverse forme.

Ca produse clasice sunt citate „laudanum" (opiu în alcool), folosit de Paracelsus în perioada Renașterii, și pulberea Dover, apărută în 1700. După 1800 încep să se folosească în terapie alcaloizii din opiu, după izolarea de către Serturner a morfinei, în 1803. Odată cu utilizarea pe scară largă a alcaloizilor din opiu în diverse scopuri, predominant pentru analgezie și anestezie, se evidenţiază pregnant și o serie de efecte adverse, ceea ce duce la apariţia în SUA după 1900 a primelor norme de restricţie în administrare. Folosirea opiacelor, în special cele puternice, și-a pus amprenta pe societatea umană prin implicarea lor în tratamentele medicale, în special în durerea foarte puternică, și nemedical, când se folosesc de către oamenii sănătoși (narcomani) pentru plăcere. Având în vedere că numărul mare de efecte adverse pot compromite acţiunea principală a opioidelor care sunt indicate pentru analgezie, s-au creat legi, norme, programe, protocoale care supraveghează utilizarea acestor produse.

Folosirea acestor produși și a altor substanţe mai noi de către narcomani a ajuns o problemă gravă internaţională, cu implicaţii legate de sănătatea populaţiei, probleme sociale, materiale și politice ce au dus și la conflicte armate, care urmăresc eradicarea producerii și tranzitării de diverse droguri. Sărăcia din unele zone ale globului și dorinţa de îmbogăţire a unor cercuri mafiote au dus la exacerbarea acestui fenomen, care este dificil de controlat și în prezent.

Din punct de vedere medical, se știe că au existat și există două opinii pro și contra (opiofobia) în privinţa utilizării rutiniere a opioidelor puternice în anestezie și tratamentul durerii, fiecare având argumente puterice.

În general, ţările cu nivel economic mai dezvoltat au fost primele care au legiferat, în condiţii de mare siguranţă, folosirea opioidelor puternice, pe când ţările mai puţin dezvoltate economic au introdus mai greu aceste norme, care după OMS erau obligatorii. În această ultimă grupă se încadrează și ţara noastră, care are o lege actualizată în 2007 legată de „legalizarea administrării stupefiantelor".

În timp ce medicii și legiștii încearcă să protejeze cât mai bine pacienţii de efectele adverse, producătorii de medicamente colaborează în aceeași idee prin realizarea de produse diversificate ce se pot administra pe căi diverse (digestiv, spinal, transcutan), unele având acţiune rapidă sau prelungită (retard), sau fabricarea de produși noi cu proprietăţi analgezice realizate prin mai multe mecanisme.

Cu toate că avem realizări deosebite în utilizarea opioidelor puternice în tratamentul durerii acute din chirurgie, din urgenţe și a durerii cronice, durerea din cancer și mai nou durerea cronică necanceroasă, permanent apar semnale legate de efectele adverse, de incidenţa mare a utilizării incorecte a acestor produse în special la vârstnici, la copii, în oncologie sau paliaţie (bolnavi terminali). Un exemplu simplu este administrarea morfinei la orice pacient cu cancer cu durere ușoară, fără să se respecte scara OMS. Un alt exemplu ar fi administrarea de 3-4 opioide simultan pe mai multe căi la un pacient cu o durere foarte puternică „care nu trece cu nimicl" etc.

Cu toate că au un istoric foarte bogat, cercetări recente pun în evidenţă, pe lângă efecte-

cu opioide (I)

le secundare cunoscute (dependența fizică și psihică, tulburările psihice, digestive, depresia respiratorie, tulburări urinare, tahifilaxia - diminuarea rapidă a efectului după administrarea repetată și constantă etc.), alte aspecte negative legate de TO, care la rândul lor au o patologie asociată, uneori foarte gravă, care poate duce și la deces.

Vom prezenta sumar implicațiile pe care le au în terapie aceste efecte adverse. Recent (2009) a fost retras de pe piața din USA și Europa propoxifenul, un opioid cu acțiune slabă, gen codeine, foarte mult utilizat la vârstnici în tratamentul durerii necanceroase (artroze), datorită producerii de tulburări de ritm grave, cardiace, uneori fatale!

Este bine cunoscută de către practicieni ineficiența opioidelor puternice, în speță morfina, în durerile din diverse forme de cancer, unde se constată o scădere a numărului de receptori opioizi. Este bine cunoscut faptul că o durere puternică din cancer se poate remite complet numai sub un tratament etiologic (chimioterapie, radioterapie, hormonoterapie, chirurgie etc) și care poate necesită o terapie antalgică numai în cazul unor dureri iatrogene (provocate chiar de aceste tratamente). Uneori, acest tratament etiologic nu se poate face din cauza unor probleme legate de organizarea sanitară, de medic sau pacient (prezentarea tardivă la medic, consultații superficiale, lipsa mijloacelor de explorare, tratament etc.).

O problemă deosebită în TO o reprezintă doza de produs ce necesită a fi administrată. Se știe că există o variație mare între dozele folosite de la individ la individ, care se datorează în primul rând factorilor genetici. Aceste caracteristici influențează atât puterea analgezică, cât și efectele adverse ce pot să apară. Tot genetic, doza poate fi influențată și de sensibilitatea individuală la durere, între 25% și peste 60%, dar care mai poate varia și în funcție de alți factori legați de mediu: culturali, educativi, vârstă, experiență dureroasă.

O altă problemă foarte importantă legată de doză este scăderea eficienței produsului, în unele cazuri foarte rapid!

În această etapă se impune creșterea treptată a dozei (escaladarea dozei); de exemplu, în cazul morfinei de la 10 mg/zi la 120 mg/zi într-o lună! Această creștere a dozei va fi însoțită de creșterea efectelor negative, care poate fi foarte riscantă (dependență, depresie respiratorie, etc.,), putând pune în pericol chiar viața pacientului!

Din aceste motive se spune că escaladarea dozelor anunță întreruperea tratamentului cu acest produs. Cum se explică această scădere a eficientei dozelor inițiale, care este caracteristică pentru toate opioidele puternice?

Dr. Lucian Sandu

Rinita ocupațională și sindromul clădirii bolnave

Rinitele ocupaționale, în ciuda disconfortului pe care îl creează, sunt încă subdiagnosticate. Până în prezent nu au ocupat un loc prioritar în studiile de specialitate privind incidența sau prevalența lor comparativ cu alte afecțiuni cu potențial evolutiv mai sever.

Efectul asupra sănătății umane a timpului petrecut într-o clădire nu este pe deplin clarificat deși sunt recunoscute de către OMS o serie de suferințe grupate fie în sindromul clădirii bolnave, fie în cadrul bolilor legate de clădiri.

Calitatea aerului din mediul interior al diferitelor clădiri a câștigat importanță ca problemă de sănătate publică la nivel mondial, având în vedere faptul că societatea urbană petrece din ce în ce mai mult timp în interior.

Relația cauzală între expunerea la locul de muncă și dezvoltarea unei simptomatologii sugestive aduce în atenție importanța măsurilor de control al mediului, adresate atât clădirii cât și individului ce desfășoară o activitate în spațiul respectiv.

Metodele preventive de menținere durabilă a calității vieții în acest mediu se adresează obligatoriu factorului uman prin screening-ul solicitanților pentru locul de muncă unde există o posibilă condiție de sensibilizare, o atentă evaluare medicală pentru excluderea pacienților atopici, utilizarea echipamentelor de protecție. Strategiile de ameliorare a condițiilor oferite de clădiri vizează o serie de măsuri atât pentru mediul interior al acestora, cât și pentru construcția în sine prin folosirea unor metode de igienizare, etanșeizare sau de îmbunătățire a ventilației.

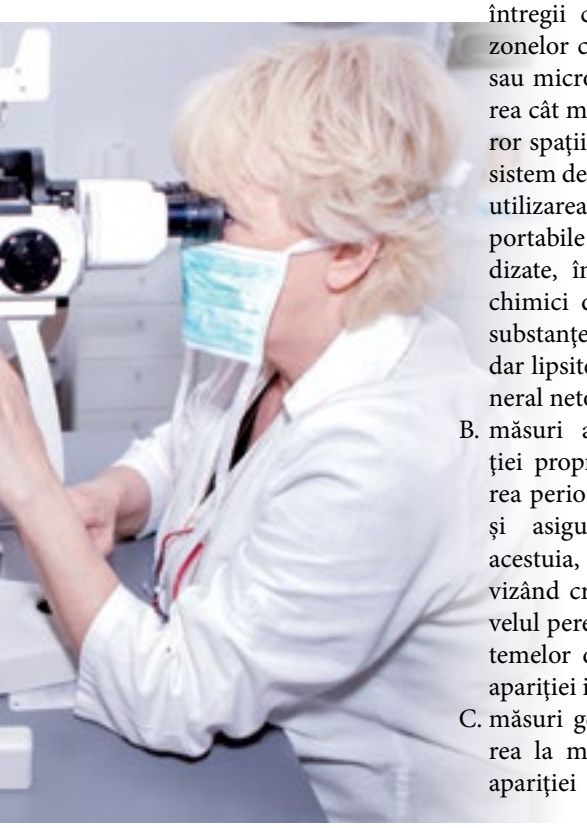
Sinteza datelor

Între bolile ocupaționale respiratorii rinitele ocupaționale nu ocupă un loc de frunte (comparativ cu astmul, afecțiune cu potențial evolutiv mult mai sever) și rămân încă subdiagnosticate. Deoarece principalele simptome - strănut, rinoree, congestie sau prurit nazal sunt similare altor tipuri de inflamații ale mucoasei nazale, non-ocupaționale, au fost întâmpinate dificultăți în definirea acestui tip de rinită. Unele definiții pun accentul pe legătura temporală între această simptomatologie și mediul specific locului de muncă în timp ce altele fac trimitere la fenomenele inflamatorii secundare acestei expuneri. Mai recent este propusă următoarea definiție a rinitei ocupaționale: afecțiune nazală inflamatorie caracterizată prin simptome intermitente sau persistente, reprezentate de congestia nazală, rinoree, strănut și prurit nazal, însoțite sau nu de obstrucție nazală variabilă și/sau hipersecreție și care este datorată unor cauze și condiții atribuite unui mediu particular de muncă și nu unor stimuli ce

se regăsesc în afara acelui spaţiu. Se pune astfel accentul pe relaţia cauzală între expunerea la locul de muncă şi instalarea acestei afecţiuni.

Mecanismele de producere a rinitei ocupaţionale pot fi iritative sau imune ceea ce a permis o clasificare a acestor rinite în: anodine, iritative, corozive şi imunologice (în general prin mecanism mediat Ig E).

În ciuda frecvenţei cu care sunt semnalate, rinitele ocupaţionale nu au beneficiat de investigaţii susţinute privind incidenţa şi prevalenţa lor. Datele valabile în prezent indică o prevalenţă de 2-4 ori mai mare a rinitelor ocupaţionale faţă de astmul ocupaţional, fiind însă mult influenţate de criteriile folosite pentru definirea acestor afecţiuni.



Tratamentul acestui tip de rinite presupune în primul rând aplicarea unor măsuri de prevenţie, un screening aplicat solicitanţilor pentru angajare într-un loc de muncă unde există o posibilă condiţie de sensibilizare. La aceasta se adaugă o serie de măsuri de control al mediului şi farmacoterapia care este similară altor forme de rinită.

Strategiile de ameliorare a condiţiilor oferite de clădiri vizează o serie de măsuri adresate mediului interior al acestora dar şi construcţiei în sine şi pot fi grupate astfel:

A. măsuri de igienizare - curăţarea cu meticulozitate a întregii clădiri, mai ales a zonelor cu praf, mucegaiuri sau microorganisme, aerisirea cât mai completă a tuturor spaţiilor, instalarea unui sistem de aerisire central sau utilizarea unor aspiratoare portabile cu filtre standardizate, înlocuirea agenţilor chimici de curăţire cu alte substanţe la fel de eficiente dar lipsite de miros şi în general netoxice;

B. măsuri adresate construcţiei propriu-zise – verificarea periodică a acoperişului şi asigurarea etanşeizării acestuia, reparaţii periodice vizând crăpăturile de la nivelul pereţilor, refacerea sistemelor de izolare în cazul apariţiei infiltraţiilor;

C. măsuri generale – renunţarea la mochete, prevenirea apariţiei condensului sau mucegaiului prin manşonarea conductelor reci, instalarea de umidificare cu asigurarea unui drenaj corespunzător care să evite proliferarea mucegaiurilor, resetarea termostatelor în funcţie de necesităţi, realizarea unui mod corect de depozitare cu ferestre cu tiraj a diferitelor materiale.

Expresia "sindromul clădirii bolnave" este utilizată pentru a descrie situaţiile în care ocupanţii unei clădiri acuză stări de disconfort, care survin numai câtă vreme aceştia se află în interiorul respectivei clădiri. Cauzele exacte care duc la instalarea acestui sindrom nu sunt cunoscute încă, dar se presupune că ar fi vorba, în special, despre calitatea precară a aerului din interiorul acestor clădiri, calitate determinată de o combinaţie complexă de factori. În lipsa ventilaţiei naturale, orice defecţiune a sistemelor de climatizare face ca în aer să se acumuleze diferite substanţe dăunătoare: de la substanţe chimice (compuşi organici volatili) din mochete, adezivi, vopsea etc, până la spori de mucegai, care se dezvoltă foarte repede în orice colţ umed şi insuficient aerisit. Alte explicaţii propuse se leagă de calitatea proastă a iluminatului (în special lipsa luminii naturale) şi existenţa unor "agresori acustici" de genul infrasunetelor.

***Cornelia Ursu**, Conf. Univ. Dr.*
Universitatea Apollonia din Iaşi
***Liliana Vereş**, Şef lucrări Dr.*
Universitatea deMedicină şi Farmacie Gr. T. Popa Iaşi

Aparatele auditive cu strategii electroacustice de tip OPEN sau RIC și abordarea lor în audioprotezarea pediatrică.

Ing. Audiolog Florin-Andrei Băileșteanu

www.audioart.com.ro
florin@audioart.com.ro
0735 184 636

Așa cu am promis, în episodul anterior, vom discuta în cotinuare despre strategia de reglaj open, non-ocluziv (Open Fit) și de difuzor în conduct auditiv (RIC = Receiver In Canal sau RITE = Receiver In The Ear) abordată în audioprotezarea pediatrică.

Recentele sisteme și algoritmii de diminuare a microfoniei asociate cu miniaturizarea componentelor aparatelor auditive au determinat lansarea pe piața utilizatorilor a aparatelor retroauriculare denumite mini-, dispozitive care pot fi adaptate și reglate cu un efect minim de ocluzie la nivelul conductului auditiv extern. Acestea sunt cunoscute ca aparate "open-fit", non-ocluzive, deschise sau mai simplu "open". Un alt aparat retroauricular similar, care are scopul de a diminua cât mai mult efectul de microfonie prin așezarea difuzorului cât mai departe de microfon, și anume în conductul auditiv, poartă denumirea RIC = Receiver In Canal sau RITE = Receiver In The Ear.

Audiologii sau audioprotezistii care au protezat cu succes cu astfel de instrumente auditive pacienții adulți au considerat că este logic și facil să aplice astfel de strategii și în cazurile pediatrice. Din păcate, sunt puține studii amănunțite și fundamentate care au în vedere astfel de tipuri de aparate chiar și pentru adulți. Dimensiunile mici ale acestor dispozitive, cât și posibilitatea adaptării lor fără a fi nevoie de o piesă anatomică individuală (olivă) reprezintă avantaje față de aparatele retroauriculare clasice, dar , totuși, trebuie a se ține seama de o serie de factori atunci când se discută de orientarea audioprotetica pediatrică.

Datorită dimensiunilor mici, atât aparatele OPEN cât și cele RITE/RIC (Fig. 1.) nu pot fi prevăzute cu o bobină telefonică sau cu intratre audio (DAI = Direct Audio Input), aceasta din urmă fiind o dotare obligatorie în abordarea pediatrică; prin urmare, acestea nu pot fi compatibile cu sistemele FM sau alte tehnologii ale sistemelor asistive (telefoane speciale, sonerii cu avertizare luminoasă, buclă electromagnetică, etc.). În plus, tuburile în cazul OPEN sau firele subțiri, în cazul RITE/RIC care leagă aparatul de difuzor includ o gamă largă de piese anatomice standard care nu sunt intodeauna adecvate sau potrivite unui conduct auditiv de copil. Costurile legate de înlocuirea acestor piese auxiliare la copii sunt mai ridicate, în particular, dacă este vorba de difuzoare atunci sunt substanțiale. Mai mult, o lipsă de durabilitate asociată cu o baterie cu viață mai scurtă, determintata, evident, de miniaturizare,

reprezintă o altă constrângere a orientării noastre.

Deşi, apratele OPEN şi RITE sunt similare ca formă şi dimensiuni, fiecare prezintă caracteristici care limitează recomandarea lor pentru copii. Aparatele RITE/RIC se adaptează profund în conductul auditiv extern şi pot provoca fenomenul de ocluzie (senzaţie de ureche înfundată). Astfel, efectul de ocluzie coroborat cu un volum rezidual (volumul cuprins între piesa anatomică a aparatului auditiv şi timpanul utilizatorului) redus la copil necesita o atenţie sporită. Majoritatea algoritmilor de reglaj audioprotetic ţin cont de efectele determinate de localizarea sursei sonore de către microfoanele aparatului, fapt pe care l-am discutat anterior, şi anume că în situaţiile pediatrice se recomandă o funcţionare omnidirecţională a microfoanelor. În orice caz, volumul rezidual, pe bază căruia se estimează câştigul in-situ/in-vivo variază de la producător la producător, şi aceasta se estimează individual în funcţie de tipul de aparat auditiv (de la cele retroauriculare până la cele cu totul în conduct), mai bine spus, de inserţia acestuia la invelul conductului auditiv extern. Aceste diferenţe şi variaţii ale volumului rezidual (şi adiţional de inserţia în conduct), pot schimba valorile câştigului acustic real în mod semnificativ. Variaţiile anatomice şi implicit acustice întâlnite la copii pot complica estimarea câştigului acustic necesar în reglajul cu aparatele RITE şi mai pot evidenţia importanţa verificării câştigului cu ajutorul sondelor acustice care se inseră la nivelul volumului rezidual (vezi RECD sau IN-SITU MEASUREMENTS).

Fig. 1 Aparat auditiv mini-RITE stânga şi OPEN dreapta (Prin amabilitatea OTICON S/A şi ROMSOUND)

În schimb, aparatele de tip OPEN determină un efect de ocluzie minim, care defineşte un avantaj în termeni de calitate a sunetului la adulţii cu pierdere auditivă neurosenzoriala. Oricum, un conduct auditiv deschis, mai puţin obturat, împreună cu algoritimi de câştig acustic care nu asigură amplificări la frecvenţe mai mici de 750 – 1000 Hz, limitează eficacitatea în audioprotezarea pediatrică. Putem întâlni configuraţii grafice ale pierderii auditive de tipul ski-slope (pârtie de schi), adică pierdere mică la frecvenţele joase şi pierdere mult mai mare la frecvenţele înalte, şi care nu ar necesita o amplificare substanţială în zona frecvenţelor joase (sub 750 de Hertzi), la care se poate adăuga apariţia unei patologii a urechii medii sau să se constate că pierderea de auz este progresivă, acestea fiind situaţii care au ca rezultat imposibilitatea furnizării amplificării necesare.

În concluzie, se evidentieaza în audioprotezarea pediatrică o nevoie a rezervei de câştig în tot domeniul frecvential. Prin urmare, câştigul acustic ar trebui verificat în condiţii in-situ cu ajutorul sondelor introduse la nivelul volumului rezidual, dar care trebuie să efectueze testarea în concordanţă cu modul de funcţionare OPEN, adică microfonul de referinţă să fie dezactivat, cerinţa necesară reglajului OPEN. Dacă acest lucru nu se efectuează, există riscul ca sunetul emis de aparatul auditiv la nivelul volumului rezidual să străbată piesa anatomică standard în exterior şi să fie cules de microfonul de referinţă ceea ce ar conduce la o subestimare a nivelului de câştig acustic necesar.

Modificări neuroendocrine în tulburările de comportament alimentar

Tulburările de comportament alimentar [TCA]: anorexia nervoasă [AN], bulimia nervoasă [BN], și tulburările neclasificate ale comportamentului alimentar (EDNOS, Eating Disorders Not Otherwise Specified), se caracterizează prin disfuncții neuroendocrine complexe implicate în reglarea apetitului și comportamentului alimentar.

Diagnosticul tulburărilor de comportament alimentar se face pe baza unor criterii clinice clar definite în ghidurile de diagnostic revizuite în mai 2013. Aceste criterii cuprind, pentru anorexia nervoasă: refuzul menținerii unei greutăți normale sau peste 85% din greutatea minimă normală, teama de îngrășare, percepție anormală a aspectului, amenoree. Tipurile de anorexie pot fi: tipul purgativ, în care se utilizează regulat laxative, diuretice, emetice, vărsături provocate, și tipul restrictiv, în care lipsește acest comportament compensator. Bulimia nervoasă se diagnostichează pe baza unui alt set de criterii: episoade recurente de bulimie, definite prin consum excesiv de alimente în unitatea de timp și sentimentul pierderii controlului, comportament purgativ regulat, prezența episoadelor de bulimie și comportamentului compensator cel puțin de 2 ori pe săptămână, timp de 3 luni, impact excesiv al formei corpului și greutății asupra părerii despre sine, prezența simptomatologiei în afara episoadelor de anorexie nervoasă. Bulimia, la rândul său, cuprinde tipul purgativ (definit mai sus) și tipul non-purgativ, în care se utilizează alte comportamente compensatorii: post, activitate fizică intensă. Dintre EDNOS, afecțiuni în care nu sunt întrunite criteriile pentru AN sau BN, un loc aparte îl ocupă afecțiune "binge-eating disorder" a caracterizată prin episoade de bulimie fără comportament compensator.

Indiferent de tipul tulburării de comportament alimentar, intersecția dintre mecanismele 'psihologice' și mecanismele 'somatice' ale reglării apetitului justifică abordarea pluridisciplinară a acestor afecțiuni, în aceeași măsură în care o impune și patogenia unei alte afecțiuni în care comportamentul alimentar și reglarea apetitului joacă un rol esențial: obezitatea. Dealtfel, prezența episoadelor de anorexie nervoasă în istoricul unor paciente cu obezitate la vârsta adultă pare a sprijini ipoteza conform căreia obezitatea și anorexia nervoasă nu sunt afecțiuni situate la polul opus, ci, dimpotrivă, afecțiuni ce împărtășesc un teritoriu biologic comun. Deși modificările neuroendocrine din tulburările de comportament alimentar sunt considerate, în prezent, a fi consecința și nu cauza TCA, rămâne de actualitate, în acest context, studiul terapiilor 'patogenice' adresate disfuncțiilor neuroendocrine, atât în obezitate cât și ca tratament 'simptomatic' al TCA.

***Dr. Adrian Copcea**, Medic specialist Diabet zaharat, Nutriție și Boli Metabolice Centrul Medical Asteco, Cluj-Napoca*

ENSBONA®
Balsam de Cal

Eficient în tratarea durerilor musculare, reumatice și în recuperarea după efort fizic

ENSBONA®, un brand german produs de Eimermacher, o companie cu o experienţă de peste 100 de ani, a dezvoltat un balsam revoluţionar folosit iniţial în tratarea încheieturilor şi muşchilor obosiţi ai cabalinelor. Rezultatele excelente au dus la adaptarea acestuia pentru uz uman, rezultatul fiind ENSBONA® Balsam de Cal, un produs ce se bucură de apreciere la nivel global.

Ingrediente naturale

ENSBONA® Balsam de Cal are la bază o combinaţie unică de ingrediente ce se absorb rapid în piele, reactivează părţile stresate ale organismului, răcoresc dermul şi reduc efectele oboselii. Oferă rezultate excelente şi pentru tratarea durerilor articulare şi ale încheieturilor.

Ingredientele de bază ale balsamului ENSBONA® sunt extractele din flori de arnică şi seminţe de castan, camfor, rozmarin şi mentol, ce lucrează în sinergie.

În prima etapă **mentolul** oferă o senzaţie răcoroasă şi plăcută, în timp ce **camforul**, cu proprietăţile sale terapeutice, stimulează circulaţia. Simultan **rozmarinul** încălzeşte şi relaxează dermul, permiţându-i extractului de arnică să-şi exercite acţiunea antiinflamatoare.

Extractul din seminţe de castan sălbatic (Aesculus Hippocastanum) contribuie la rândul său cu un efect antiinflamator şi de reducere a durerii, oferit de substanţa activă denumită aescin, ce blochează eliberarea de enzime care deteriorează pereţii capilarelor. Castanul sălbatic este unul dintre tratamentele naturale cel mai des utilizate pe scară largă pentru varice şi insuficienţă venoasă cronică.

Arnica, o armă universală

Una dintre armele principale ale balsamului este extractul de flori de arnică, o plantă cu o paletă extrem de largă de utilizări în domeniul medical, folosită în medicina tradiţională de secole. Aceasta reduce inflamaţia la nivelul pielii, muşchilor şi articulaţiilor, grăbeşte vindecarea rănilor şi a vânătăilor, are proprietăţi antibacteriene, antifungice şi decongestionante.

Aplicare facilă

ENSBONA® Balsam de Cal este uşor de aplicat, nu se lipeşte, nu pătează şi nu lasă urme uleioase pe piele. De asemenea, pacientul nu are nevoie de un bandaj suplimentar.

Unguentul, sub formă de gel are un miros proaspăt şi plăcut de plante medicinale.

CM Pharma Healthcare SRL
www.sportmedical.ro
office@sportmedical.ro

Prezentare:

Cutie 500ml

Cutie 200ml

Cutie 50 ml

O abordare ayurvedică a diabetului zaharat

Pe termen lung, diabetul generează complicații grave precum coma diabetică, atacul vascular cerebral, insuficiența renală, neuropatii, cataractă, cetoacidoză, hipertensiune, impotență, infecții ale pielii. Medicamentele hipoglicemiante și insulina controlează nivelul de glucoză din sânge, dar nu pot trata efectiv boala.

Cauze și simptome

Ayurveda acceptă drept cauză existența factorilor ereditari, dar în primul rând insistă pe stilul de viață necorespunzător: la nivel fizic, excesele alimentare, în special cele de dulciuri și alimente conținând carbohidrați, iar la nivel psihic, prezența unor emoții precum îngrijorarea, anxietatea, durerea, stresul.

Alți factori care sunt menționați ca favorizând apariția bolii sunt:

- munca intelectuală, comparativ cu cea fizică,
- disconfortul financiar,
- somnul în timpul zilei,
- consumul de lactate, carne, mâncăruri grele.

Printre cele mai frecvente simptome ale diabetului zaharat se numără: senzație crescută de foame și sete, variații de greutate, lentoare, oboseală permanentă, apetit sexual scăzut, vindecare încetinită a rănilor, urinări frecvente, uscăciunea gâtului.

Profilaxie și tratament

După cum v-ați familiarizat deja, abordarea ayurvedică în tratamentul unei boli implică, pe lângă recomandări fitoterapeutice, și modificări ale dietei și stilului de viață. Mai ales în cazul unui diabet incipient, este bine ca pacientul să-și controleze nivelul glicemiei prin dietă și fitoterapie.

Dietoterapie

Ca reguli de bază, trebuie eliminate zaharurile și limitat consumul de proteine, pentru că pot afecta funcționarea rinichilor, dar și de grăsimi, pentru că deficitul de enzime digestive îngreunează metabolizarea acestora la pacienții diabetici.

Se recomandă dieta pacificatoare pentru dosha Kapha:

- Laptele trebuie să fie degresat, fiert și cald și nu se va consuma împreună cu alte alimente la aceeași masă, în special cu alimente acre sau sărate; în timpul fierberii laptelui i se pot adăuga cardamom, scorțișoară, turmeric, puțin piper sau ghimbir.
- Fructele recomandate sunt cele ușoare: mere, prune etc.; se vor evita fructele grele sau acre, cum sunt portocalele, bananele, ananasul, smochinele, curmale, avocado, nucile de cocos și pepenii.

- Nu se recomandă îndulcitori și alimente dulci; excepție face mierea.
- Toate legumele boabe sunt recomandate cu excepția soia.

- Trebuie redus consumul de fructe oleaginoase (nuci, alune, migdale, fistic, semințe etc.) și de grăsimi, mai ales animale.
- Toate cerealele sunt recomandate, în special hrișca, orzul, secara și meiul. Grâul și orezul se vor consuma în cantități moderate.

- Toate condimentele sunt recomandate (în special coriandru, cardamom, schinduf) cu excepţia sării.
- Toate legumele sunt recomandate, cu câteva excepţii: roşii, castraveţi, cartofi dulci şi dovlecei. Legumele trebuie consumate atât proaspete, în salate sau ca atare, cât şi gătite.

Remedii care pot fi preparate în casă

- schinduf 100g + turmeric (curcuma) 50g + piper alb 50g se macină şi se amestecă până se obţine o pulbere omogenă; se ia câte 1 linguriţă de 2 ori pe zi.
- sucuri naturale de ţelină, de pătrunjel, la care se adaugă cantităţi mai mici de morcov/sfeclă roşie (pentru că au conţinut mare de zahăr)
- o linguriţă de miere de 3 ori pe zi, după mesele principale.
- consum zilnic de ceapă şi usturoi, legume cu proprietăţi hipoglicemiante şi hipocolesterolemiante dovedite.

Fitoterapie

Ca linii ayurvedice de tratament sunt indicate două categorii de plante:

cele cu proprietăţi hipoglicemiante:

- **Shilajit** - o răşină din Munţii Himalaya care conţine 85 de minerale în formă ionică, aminoacizi, fosfolipide, enzime, fitohormoni, substanţe antibiotice şi antifungice naturale. Are proprietăţi revitalizante, afrodisiac, hematinice, tonice pentru sistemul nervos adaptogene, stimulatoare al metabolismului celular, antioxidante, detoxifiante, antiacide, diuretice, hipoglicemiante; trebuie administrat încontinuu bolnavilor diabetici, pentru că previne apariţia neuropatiilor.
- **Karela** - castravete amar sau Momordica charantia, care conţine alcaloizi (chinină) glicozide (momordicină), peptide cu moleculă asemănătoare insulinei, vitamine (A, B2, PP, C), minerale (calciu, fosfor, fier, potasiu, cupru), aminoacizi, substanţe grase şi care este un stimulator natural al secreţiei de insulină endogenă, un reglator al funcţiei pancreatice şi al metabolismului glucidelor, cu proprietăţi carminative, diuretice, aperitive, digestive, uşor laxative, antihelmintice, hipolipemiante, detoxifiante.

  » cele care refac sistemul de producere al insulinei, încercând să remedieze cauza bolii:

- **Triphala** - o combinaţie ayurvedică tradiţională de 3 fructe, cu acţiune detoxifiantă, digestivă, antioxidantă, stimulatoare a metabolismului general (prin creşterea absorbţiei nutrienţilor la nivelul mucoasei intestinale), tonică hepatic, hipolipemiantă etc.
- **Guduchi sau Tinospora** cordifolia cu proprietăţi imunomodulatoare, revitalizante, aperitive, digestive, carminative, antiemetice, antidiareice, antihelmintice, antipiretice, tonice cerebrale, detoxifiante, afrodisiace.

Stil de viaţă

Activitatea fizică este foarte importantă în programul de zi cu zi al bolnavului diabetic. Unul dintre cele mai bune exerciţii în acest sens este mersul pe bicicletă, chiar şi medicinală, sau orice altă mişcare ce solicită muşchii abdominali. După efectuarea exerciţiilor nu se bea apă.

Trebuie evitat somnul în timpul zilei şi este total contraindicat somnul imediat după masă.

Trezirea trebuie să se facă zilnic în jurul orei 6 dimineaţa.

Ca frecvenţă şi consistenţă a meselor, pe parcursul unei zile, sunt recomandate două mese solide şi două lichide.

Panchakarma -
proceduri ayurvedice de detoxifiere

Dintre procedurile de detoxifiere recomandate pot fi amintite:

- masajul cu pulberi de plante (Triphala);
- producerea sudoraţiei prin introducerea într-o saună medicinală specială;
- Shirodhara: constă în aplicarea de ulei medicinal cald, lapte, decoct de plante, în fir subţire pe frunte şi scalp, de la o anumită înălţime, cu un anumit ritm, timp de 30-45minute;
- Shirobasti: constă în aplicarea unei gen de cataplasmă cu ulei pe suprafaţa scalpului.

Farm. Irina Lupaşcu
0728.290.242

Așteptări fără limite din partea medicinei de laborator!

Despre revoluția tehnologică din ultimele decenii în slujba medicinei de laborator, a perfecționării, diversificării și sofisticării mijloacelor de investigație, despre necesitatea impunerii unor rigori recomandate de Comisia MS, într-un interviu acordat în exclusivitate Săptămânii Medicale de excepționalul medic, savant și om, Prof. dr. Minodora Dobreanu

Medicina de laborator este indispensabilă în depistarea unor boli sau în stabilirea unui diagnostic cu precizie și relativ rapid. Ce aşteptări aveţi din punct de vedere al îmbunătăţirii tehnicilor de efectuare a analizelor medicale care să scurteze timpul și să crească precizia acestora?

În Medicina de Laborator ultimii 20-25 de ani au însemnat realmente o revoluţie tehnologică. Probabil nu există domeniu medical în care acest lucru să se vadă mai bine decât în specialitatea noastră: trecerea de la munca manuală la aceea efectuată de „roboţii de laborator" (analizoarele automate) a contribuit enorm la îmbunătăţirea preciziei de lucru şi la scurtarea duratei fazei analitice. Tehnici foarte sensibile precum chemiluminiscenţa, fluorescentă, polarimetria sunt foarte larg răspândite astăzi, chiar și în laboratoarele românești, aducând evidente beneficii în determinarea markerilor tumorali, hormonilor sau a diverselor droguri în lichidele biologice. S-au dezvoltat foarte mult în ultimul timp tehnicile rapide și nu numai acelea de chimie sau imunologie, ci și de biologie moleculară, utilizarea cărora permite un diagnostic rapid, uneori cu o sensibilitate și specificitate remarcabile, chiar în lipsa unui laborator foarte utilat.

Cele mai multe probleme care afectează calitatea și durata analizelor, se datorează astăzi fazei preanalitice: recoltării necorespunzătoare, transportului în condiţii inadecvate, cu întârziere și uneori prelucrării primare deficitare a probelor biologice. Unele companii au încercat să rezolve măcar o parte din aceste probleme: au automatizat nu numai faza analitică propriu-zisă ci și prelucrarea primară, dar și stocarea – arhivarea probelor biologice, în eventualitatea unei retestări. Un rol foarte important în reglementarea celorlalte aspecte preanalitice revine laboratorului de analize medicale, care trebuie să păstreze un dialog permanent cu clienţii deserviţi, în sensul instruirii și verificării modului de recoltare și transport a produselor patologice.

Este posibil să asistăm la nivel mondial la apariţia unor noi tipuri de analize mai relevante dpdv al depistării unor probleme de sănătate decât seturile cunoscute azi?

Care este gradul de înnoire, de schimbare în nomenclatorul de analize al unui laborator?

Se descoperă în permanenţă teste noi care vin de cele mai multe ori să completeze și să îmbunătăţească analize anterioare. Cu foarte rare excepţii, nu se mai utilizează teste unice în diagnostic, ci combinaţii

de teste, care au rolul de a îmbunătăţi specificatea şi sensibilitatea investigării.

Testele de biologie moleculară, tot mai larg răspândite şi tot mai abordabile

Acestea constituie cu siguranţă un nou element de cotitură în dezvoltarea specialităţii noastre. Tehnologiile noi, cum ar fi acelea utilizând micro-bio-chip-uri, sunt cu siguranţa vitale pentru investigarea proteomului şi genomului şi sunt mai aproape decât suntem tentaţi să credem, de implementare în practica de laborator medical de zi cu zi.

Se discută foarte mult în ultimul timp despre îngrijire medicală personalizată (inclusiv în specialitatea noastră), despre diagnosticul precoce al persoanelor la risc pentru a putea acţiona preventiv....

Astăzi, pentru a stabili un diagnostic corect, medicina clinică se bazează tot mai mult pe rezultatele de laborator. În ce măsură se realizează o comunicare bună între medicul de laborator şi medicul clinician? Există o conlucrare între laborator cu partea clinică?

Mai mult de 70% din informaţiile paraclinice necesare clinicianului pentru a pune un diagnostic corect, vin din laboratorul de analize medicale. În interpretarea corectă a rezultatelor şi limitelor acestora, opinia medicului de laborator este foarte importantă şi dialogul clinician-medic de laborator este esenţial pentru cel mai bun serviciu medical în slujba pacientului. Depinde foarte mult de noi, specialiştii în Medicină de Laborator, să ne spunem punctul de vedere şi să ne facem ascultaţi.

Se publică foarte mult în toate domeniile aparţinând Medicinei de Laborator; avem Revista Română de Medicină de Laborator (www.rrml.ro) recunoscută ISI şi CNCSIS în categoria A, în care se publică cu regularitate articole, prezentări de cazuri şi note de curs.

Diagnosticul serologic al hepatitei C în centrele de transfuzie din România

Dintre hepatitele virale - A, B, C, D, E, G - doar hepatita B și hepatita C pot duce la cronicizare și la ciroză, fiind o problemă importantă de sănătate care ridică mult costurile îngrijirilor medicale în societatea românească. Depistarea bolnavilor cu hepatită B sau C în România nu este efectuată sistematic sau după un program coerent de evaluare a stării de sănătate a populației, ci se face absolut întâmplător, cu prilejul unor evaluări paraclinice aleatorii, foarte rar în urma unui consult la medicul de familie sau cu prilejul unei acțiuni de donare de sânge făcute din proprie inițiativă sau datorită apelurilor umanitare de donare de sânge pentru colegi, rude, vecini etc.

Dacă o hepatită de tip A are o simptomatologie foarte zgomotoasă și se vindecă fără sechele, o hepatită de tip B sau C trece neobservată de cele mai multe ori, dar evoluția naturală a bolii este mult mai gravă: 5-25% dintre bolnavi evoluează spre ciroză și dintre aceștia 25% vor dezvolta un hepatocarcinom.

Deși prognosticul acestor hepatite este grav, nu există un program de screening al populației, din cauza costurilor destul de ridicate ale testelor de laborator și a nivelului educațional redus.

În centrele de transfuzie sanguină din România se utilizează, pentru testarea fiecărei unități de sânge donat, testele ELISA de a treia generație, care sunt foarte bine cotate și care, completate de o tehnică corectă, asigură o triere bună a sângelui, ca scop principal, și asigură o eficientă depistare a persoanelor cu anticorpi antihepatita C, care nu au nicio simptomatologie.

Sângele cu anticorpi anti-HCV prezenți este distrus prin incinerare, iar donatorii găsiți pozitivi în testul de triere serologică urmează o investigare mai amplă, confirmarea serologică fiind făcută cu teste de recombinare imună la Institutul Național de Hematologie Transfuzională București. Acești pacienți sunt apoi îndrumați spre efectuarea viremiei pentru diagnosticul de certitudine și apoi spre medicul de familie sau hepatolog, pentru examen de specialitate, consult clinic, evaluare generală, urmată de inițierea tratamentului.

Astfel, prin activitatea de evaluare biologică a sângelui donat, centrele de transfuzie asigură și un screening al unui grup populațional cu vârste între 18 și 55 ani, pentru o boală a cărei prevalență nu se cunoaște exact în România, hepatita C, și care, nedepistată la timp, implică ulterior, prin cronicizare, costuri de îngrijiri medicale foarte mari.

Dr. Georgeta Hanganu

A DOUA EDIȚIE

ZIUA MEDICULUI INTERNIST

EVENIMENT ACREDITAT CU PUNCTE EMC

SRMI
Societatea Română de Medicină Internă
fondată în anul 1919

BIOMARKERII ÎN MEDICINA INTERNĂ: VALOARE CLINICĂ

13 decembrie 2013
HOTEL NOVOTEL,
București

Secretariat organizatoric:
ELLA Congress&Events - 021/3156511
Persoană de contact:
Ana-Maria Chiriac; ana.chiriac@ella.ro; 0748100281

SRMI
SOCIETATEA ROMÂNĂ DE MEDICINĂ INTERNĂ
Str. Calea Noua, nr. 134, Interfon 1
Sector 6, București
E-mail: office@srmi.ro | www.srmi.ro

STAR international med

Suplimente alimentare 100% naturale din plante medicinale ayurvedice

ayurmed

SOYA TURMERIC CREAM

Cremă antisemptică.
Relaxează și catifelează tenul.

- Protejează pielea de efectele expunerii solare și de factorii dăunători din atmosferă;
- Contribuie la calmarea inflamațiilor, iritațiilor și mâncărimii pielii;
- Elimină petele inestetice;
- Încetinește procesul de îmbătrânire prematură a pielii;
- Utilă pentru toate tipurile de ten.

PAPAYA MUD PACK

Mască cu extract de Papaya și Portocale

Hrănește și netezește pielea

- Mască revitalizantă cu minerale, fructe și zinc purificat;
- Ideală pentru îngrijirea completă a tenului;
- Actionează ca un exfoliant blând, contribuind la purificarea și revitalizarea pielii;
- Are efect antioxidant și antibacterian;
- Pentru toate tipurile de ten.

natural@star-ayurveda.ro www.star-ayurveda.ro