

168

FIN
WATCH

săptămâna
MEDICALĂ

Anul IX • Nr. 168 • August 2013

8 sfaturi pentru
un bronz sigur
și sănătos



DIN SUMAR

LASERUL în oftalmologie	10
Anestezia în chirurgia cataractei	14
Managementul Epilepsiei	34



Mitul alimentului
perfect

Pag 6



Pierdere tranzitorie a vederii de
cauză neurologică (I)

Pag 12



Fără tabú-uri despre
viața sexuală

Pag 26



UMF

UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
TÂRGU MUREŞ

Al XI-lea Congres Național de Pediatrie

cu participare internațională

25 – 28 septembrie 2013
Hotel President Târgu Mureș

Organizat sub egida
Societății Române de Pediatrie
și a
Universității de Medicină și Farmacie
Tg. Mureș

www.congrespediatrie2013.ro





Vaccinarea pneumococică pentru nou-născuți

Ministrul Eugen Nicolăescu, adeptul recunoscut al prevenției ca formă economică de îmbunătățire a sănătății a populației prin luarea întâi a măsurilor de neîmbolnăvire, a cerut tardiv sprijinul media pentru a se informa populația cu privire la importanța vaccinării pneumococice a copiilor în primele luni de viață. Aflăm că deja MS se află în faza de pregătire a procedurii de licitație în vederea achiziționării vaccinului, care va fi demarată efectiv în luna august. Ne întrebăm, nu cumva trebuia mai întâi parcursă etapa de promovare a acestui vaccin pentru a se fi obținut întâi adeziunea tuturor celor implicați: părinți, institutori, medici, alte cadre medico-sanitare sau responsabili sociali? Se știe că și la vaccinul de prevenire a cancerului de col uterin, campania insuficientă de promovare a dus la un cvasi-eșec al vaccinului respectiv, în sensul că s-au achiziționat prea multe vaccinuri și s-au administrat prea puține.

Prevenția în sine este un lucru bun, dar trebuie bine lămurită. În ceea ce privește vaccinarea pneumococică, nu se comunică nimic concret și serios, de exemplu cercetări și studii de impact independente (nu preluate de la furnizorii de vaccinuri), adaptate la România. MS nu a transmis decât mesaje și sloganuri de genul „Ne dorim să așezăm prevenția la loc de cinste” sau „Pentru copil, milităm pentru imunizarea și formarea unui stil de viață sănătos”. Chiar și mesajul transmis Parlamentului, de susținere a demersurilor legislative ale MS în privința obligativității vaccinării pneumococice vine după demararea procedurile de licitație, deci chiar și Parlamentul este pus în fața faptului împlinit.

O campanie cu date concrete despre vaccin credem că ar fi de succes la noi, pentru că se cunoaște deschiderea nativă a românilor pentru noutate tehnologică și grija pentru sănătatea copiilor. Spre exemplu, campania „celulelor stem” a fost una de succes, a creat chiar o modă, deși promitea beneficii abia pentru sănătatea viitorului adult, deci pe termen lung – 20 de ani sau mai mult, în timp ce vaccinarea pneumococică are un scop imediat clar, scăderea îmbolnăvirilor începând cu primii ani de copilarie.

Călin Mărcușanu

Cuprins

Actavis premiază performanțele olimpicilor români la chimie.....	4
Mitul alimentului perfect.....	6
Super-fructe pentru o viață sănătoasă!	8
LASERUL în oftalmologie	11
Pierdere tranzitorie a vederii de cauză neurologică (I) ..	12
Anestezia în chirurgia cataractei ...	14
Posibilități de detectare și recuperare precoce ale hipoacuziei.....	16
8 sfaturi pentru un bronz sigur și sănătos.....	20
Evaluarea pulmonară și importanța acesteia în intervențiile chirurgicale	23
O armă contra infețiilor pielii și a mucoaselor!....	25
Fără tabú despre viață sexuală a cuplului.....	26
Managementul Epilepsiei	34

Actavis premiază performanțele olimpicilor români la chimie

Actavis, a treia cea mai mare companie globală activă pe piața mondială de produse farmaceutice generice, este pentru al 22-lea an consecutiv atâturi de lotul național al României participant la Olimpiada Internațională de Chimie, investind și anul acesta în performanțele tinerilor prin programul „Actavis susține performanța”.

a Olimpiada Internațională de Chimie, desfășurată în perioada 15-24 iulie a.c. la Moscova, la care au participat 279 de concurenți din 77 de țări, elevii români olimpici au obținut trei medalii de argint și una de bronz.

Prin programul „Actavis susține performanța”, concernul farmaceutic a recompensat fiecare medalie de argint cu 1.500 de euro, iar pentru medalia de bronz a oferit 1.000 de euro.

Anul acesta, compania Actavis a premiat alături de Gabriela Szabo, marcantă personalitate din lumea sportului, un grup de patru elevi:

Argint: Maria-Andreea Filip, elevă în clasa a XI-a la Liceul Internațional de Informatică din București, **Adrian Murgoci**, absolvent al Colegiului Național „Mihai Viteazul” din București - promotia 2013, și **Dumitru**

Călugăru, elev în clasa a X-a la Colegiul Național „Tudor Vladimirescu“

Bronz: Mihai Grigore Prună, absolvent al Colegiului Național „Vasile Lucaciu“ din Baia Mare, promoția 2013

Lotul român de olimpici la chimie a fost însoțit și coordonat de **Prof. Dr. Marius Andruh**, de la Universitatea din București și de **Prof. Daniela Bogdan**, Inspector General în cadrul Ministerului Educației și Cercetării.

Actavis Susține Performanța este un program cu tradiție susținut de 22 de ani, care oferă sprijin lotului olimpic român participant la olimpiadele internaționale de chimie, și este structurat în trei etape:

1. Actavis oferă elevilor calificați la Olimpiadele Internaționale oportunitatea de a vizita faci-

litatele de producție Actavis/Sindan Pharma și posibilitatea de a efectua o zi de practică în laboratoarele de Calitate.

2. Actavis premiază olimpicii, în funcție de rezultatele obținute la olimpiada de chimie cu premii în valoare de: 2.000 de euro pentru medalia de aur, 1.500 de euro pentru medalia de argint și 1.000 de euro pentru medalia de bronz.
3. Actavis acordă olimpicilor, care urmează facultăți de profil din țară, burse lunare de 300 de euro, precum și posibilitatea de a efectua stagii de pregătire/internship în cadrul companiei în ultimii ani de studiu universitar.

„Acești tineri ne-au dovedit încă odată că în România se poate face excelență, iar ei sunt un exemplu în acest sens. Ne-am dori ca astfel de modele să fie promovate, iar ușile tuturor instituțiilor din țara aceasta să rămână deschise pentru ei, astfel încât să le punem în valoare calitățile excepționale.

Pe parcursul ultimilor 22 de ani, Actavis a susținut fiecare Tânăr din lotul olimpic român la chimie, oferindu-i posibilitatea să studieze în laboratoarele noastre și să-și dezvolte capacitatele alături de cei mai buni specialiști în domeniu. Credem în ei, motiv pentru care trăim alături de ei emoțiile concursului și bucuria victoriei“ a declarat Ana Maria Drăganică, Manager Comunicare Actavis România.





**Prin ei,
România urcă
pe podium**

Prin ei, România urcă pe podium pentru a fi îmbrăcată în glorie.

Sunt zeci de elevi excepcionali pe care Actavis îi susține în ultimii 22 de ani la Olimpiada Internațională de Chimie.

Aur, argint sau bronz sunt medalile pe care lotul olimpic la chimie le aduce țării în numele excelenței și performanței!

Credem în fiecare Tânăr și în valorile autentice ale României.

Actavis susține performanța!

www.actavis.com.ro



Actavis

Mitul alimentului perfect

Niciodată două regimuri prescrise de medicii nutriționisti nu vor semăna, dar, dacă le analizăm, vom obține dieta perfectă. Mitul unui singur, puternic și miraculos superaliment a fost disecat în milioane de cărți, programe și rețete, dar a rămas doar atât: un mit.

Regimurile-minune, bazate pe un singur produs au stârnit entuziasmul, au fost urmate cu sfîrșenie, dar au avut același rezultat: efect aproape zero. De fapt, regimul ideal are trei componente: varietate, moderație și echili-bru. Nu te poți hrăni cu un singur tip de aliment și să rămâi sănătos, explică un expert nutriționist care a creat unul dintre cele mai apreciate ghiduri de alimentație, "piramida alimentară". Cu alte cuvinte, nu poți folosi dintr-o frigură numai betacarotenul (un puternic antioxidant care ajută la prevenirea cancerului). Expertii sunt de acord: nu există un singur aliment perfect. O dietă potrivită este o chestiu de echilibru. Alimentele trebuie alese în aşa fel încât să fie hrănitoare, nu pline de calorii, iar dieta trebuie să conțină o mare varietate de

proteine, fructe și legume. Iată care ar fi cele mai potrivite alimente ce nu trebuie să lipsească dintr-un regim perfect.



Avocado este o sursă ideală de grăsimi care ajută la scăderea nivelului de colesterol.

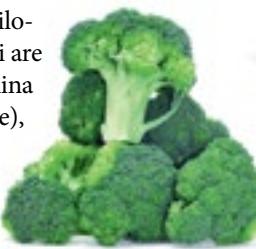
Grăsimile au efect negativ în alimentație numai dacă sunt în exces. Fructele de avocado conțin cel mai sănătos tip de grăsimi, cele de care are nevoie organismul. De asemenea, conține potasiu care întărește musculatura, iar acidul folic protejează împotriva bolilor de inimă și scade riscul de apariție a defectelor la naștere, spun specialiștii.

Nu există un aliment-minune, dar dacă dorim cu tot dinadinsul să găsim aşa ceva, ouăle sunt cel mai



aproape de acest ideal. Oul este un aliment bogat în proteine de calitate (în aminoacizi) și are o putere nutritivă de excepție. Ouăle conțin vitamina A antioxidantă, vitamina E, calciu, fier și zinc, care are un efect foarte accentuat asupra întăririi sistemului imunitar.

Broccoli este un superaliment, explică un specialist. Este plin de vitamina C (o jumătate de kilogram de broccoli are mai multă vitamina C decât 204 mere), care ajută la prevenirea cancerului, la menținerea unei vederi bune și la întărirea sistemului imunitar. De asemenea, este un aliment foarte bun pentru prevenirea bolilor de inimă și elimină riscul apariției defectelor la naștere (pentru mame).



Spanacul te face viguros datorită magneziului și acidului folic care întăresc inima, dar și a calciului care ajută la dezvoltarea și menținerea puterii oaselor și dintilor.

Nucile, alunele de pământ și de pădure sunt foarte sănătoase. Aceste alimente conțin foarte mulți acizi grași care micșorează riscul apariției bolilor de inimă și un procent semnificativ de grăsimi. Nucile mai conțin și magneziu, cu efect benefici asupra întregului organism, dar în special asupra

inimii, calciu pentru oase și dinți și zinc pentru întărirea sistemului imunitar.

Laptele degresat

este cel mai bun mijloc (și cel mai simplu) pentru a obține doza zilnică de calciu. Laptele degresat este bogat în proteine, dar nu în grăsimi și este o completare ideală într-o dietă fără carne, datorită înaltei concentrații de vitamina B12, foarte puternică și care se găsește numai în produsele animale. Această vitamină este esențială în prevenirea cancerului, aduce energie în organism și păstrează mintea ascuțită.



Cartofii dulci sunt categoric o sursă bună pentru betacaroten și vitamina C, pentru prevenirea cancerului. Acest aliment conține multe fibre, ceea ce va duce la o digestie mai bună și la scăderea riscului de apariție a cancerului de colon.

Pepenele este una dintre cele mai hrănitoare fructe. Conține vitamina A, vitamina C, licopen și fibre, ceea ce ajută la prevenirea cancerului.



Fasolea, mazărea și alte legume uscate sunt surse de fibre, esențiale pentru organism, mai ales în ceea ce privește o bună digestie și prevenirea cancerului de colon. De asemenea, le-

gumele uscate sunt o excelentă sursă de proteine. În plus, acest aliment oferă rapid senzația de sațietate. Conține zinc care ajută la îmbunătățirea vederii și la întărirea sistemului imunitar.

Căpșunile sunt pachetele de energie. Ele conțin multă vitamina A, vitamina C și lycopene (fitoelement), care ajută la prevenirea cancerului și au un bogat conținut de fibre.

Fulgii de ovăz sunt o excelentă sursă de fibre solubile, care controlează nivelul de colesterol. De asemenea, acidul folic are efect de întărire a organismului și reduce riscul de apariție a defectelor la naștere.

Ceaiul verde, cu vitaminele A, E și C care se găsesc din belșug în acest aliment, sunt foarte eficiente în ceea ce privește prevenirea cancerului, mai ales cel al aparatului digestiv.

Ardeiul roșu conține multă vitamina C, de trei ori mai multă decât portocalele. De asemenea, este bogat în capsaicin, care menține fluiditatea sângeului, ceea ce reduce riscul apariției atacurilor de cord și cerebrale, cauzate de cheagurile de sânge.



Usturoiul este foarte folositor. Are proprietăți antibacteriene, iar componentele sale care conțin sulf sunt foarte eficiente împotriva bolilor de inimă, colesterolului și chiar a răcelii obișnuite.

Somonul conține proteine de calitate și acizi grași, care protejează împotriva cancerului. De asemenea, somonul este o foarte bună sursă de fier.

Apa este absolut esențială pentru hidratarea organismului și pentru eliminarea toxinelor.

De obicei, într-un regim riguros sunt recomandate și suplimentele nutriționale. Acestea sunt sisteme de enzime care metabolizează hrana în energie. Fără hrana, suplimentele au o valoare nutrițională foarte redusă și sunt eliminate prin urină. Cu alte cuvinte, este dificil să obținem substanțele nutritive de care avem nevoie numai din suplimente. Organismul nu poate folosi din aceste pastile tot ceea ce-i trebuie, este ca și cum ai încerca să umpli un ocean cu o linguriță. Suplimentele nutriționale au rolul de a îmbunătăți o dietă, dar nu pot înlocui hrana tradițională. Folosite nepotrivit, suplimentele pot sabota regimul, chiar și cel alcătuit după cele mai stricte reguli, iar efectele secundare pot fi foarte periculoase. De aceea, este necesar ca, ori de câte ori începem un regim strict, să consultăm medicul nutriționist.



Maria Dobrescu

Super-fructe pentru o viață sănătoasă!



Care este diferența dintre fructe și „super-fructe”? Majoritatea fructelor oferă beneficii la capitolul sănătate, aşa că ce face dintr-un fruct normal un fruct super? Termenul, apărut inițial ca un concept de marketing, este folosit pentru a diferenția fructele ce oferă doar beneficii minore, complete de aportul nutrițional, de cele ce se pot mândri cu o paletă largă de calități: efect antioxidant puternic, conținut ridicat de vitamine, acțiune în multiple afecțiuni.

Vom începe lista noastră de super-fructe cu cele ce cresc și la noi în țară, majoritatea acestora din categoria fructe de pădure.

Coacăzele negre

Fructele sunt extrem de bogate în vitamina C (de câteva ori mai mare decât doza zilnică recomandată, per 100g), conțin fier, mangan, potasiu și complexul de vitamine B. Testele de laborator au demonstrat că alte fitochimicale pe care le conțin coacăzele au un rol în reducerea inflamației ce stă la baza bolilor de inimă și a celor neurologice, precum Alzheimer.

Cătina

Aflată sub lumina reflectoarelor de ceva vreme, cătina își merită pe deplin locul între superfructe. Fructul plantei are un conținut de vitamina C de circa 15 ori mai ridicat decât cel al portocalelor și nivele semnificative de vitamina A, vitamina E, carotenoizi și flavonoizi. Uleiul de cătină poate fi utilizat cu mare succes în cazuri grave de arsuri termice și chimice, sau afecțiuni ale pielii. Tot sub formă de ulei, cătina este eficientă

în tratamentul ulcerului gastric și duodenal, a alergiilor, urticăriei și reumatismului.

Murele

Bogate în seleniu și fibre, murele se mândresc și cu un conținut ridicat de antioxidanți. Acestea mai conțin polifenoli și antocianine, substanțe ce ajută la prevenirea cancerului și a bolilor de inimă.

Zmeura

Fructele aromate pe care le re-găsim în zonele de munte sau în grădinile cultivatorilor se mândresc și ele cu o serie de alte calități, pe lângă gustul extrem de apreciat. Zmeura este extrem de bogată în fibre, vitamina B2, K, calciu, seleniu și fier. O substanță specială pe care o conțin fructele, acidul elagic, este un puternic antioxidant.

Afinele

Au un conținut semnificativ de fibre, iar proprietățile lor antioxidantne ne ajută să luptăm mai eficient cu radicalii liberi care accelerează îmbătrânirea. Studiile arată de asemenea că pot juca un rol important în prevenirea bolilor oculare.

Campionii la nivel global sunt următorii:

Noni

Acesta are efect antioxidant, imunostimulator și capacitatea de a lupta cu tumorile. Folosit de regulă sub formă de suc, conține un nivel ridicat de potasiu, vitamina C, A, niacină și fier.

Acai

Fructele de Acai, un palmier din pădurile amazoniene, au capacitatea de a reduce radicalii liberi de oxigen (ORAC) a acestor fructe este de 5.500 unități/100g, dublu față de coacăze, care și ele stau foarte bine la acest capitol.

Rodia

Rodia, consumată întreagă sau ca suc, are o acțiune dovedită științific în reducerea riscului de boli cardiace, a stresului oxidativ și a tensiunii arteriale. Fructul este bogat în polifenoli, precum elagitaninul, care are un efect antioxidant semnificativ.

Dacă nu îți place neapărat să consumi fructele ca atare, dar vrei totuși să beneficiezi de proprietățile lor, îți recomandăm să le consumi sub formă de shake-uri sau smoothies, tot proaspete, dar în combinație cu lapte, iaurt și miere sau sirop de agave pentru un plus de savoare!

Adina Mutu,

Farmacist - www.farmacia3.ro

Pharmatex® Cremă, beneficiile contraceptiei locale



Pharmatex® Cremă este un medicament indicat în contracepția 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® Cremă conține **clorură de benzalconiu**, care este o substanță spermicidă și anti-septică. Protecția este imediată și durează cel puțin 10 ore.

Această metodă de contracepție locală se adresează femeilor de vîrstă fertilă și în mod special:

- când există o contraindicație temporară sau definitivă pentru contracepția orală sau cu dispozitiv intrauterin (DIU);
- după naștere, în timpul alăptării sau pre-menopauzei;
- când este nevoie de contracepție episodică;
- în cazul folosirii contraceptiei orale, în cazul în care s-a omis sau s-a întârziat administrarea unei doze; în acest caz se recomandă asocierea celor două metode de contracepție în

intervalul rămas până la apariția săngerării menstruale.

- în asociere cu contracepția locală prin DIU, în special în timpul administrației regulate a anumitor medicamente, cum ar fi antiinflamatoare nesteroidiene (AINS).¹

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

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

Clorura de benzalconiu este o substanță spermicidă și anti-septică. Studii făcute in vitro arată că produsul este activ pe un anumit număr de agenți infecțioși responsabili pentru bolile transmisibile pe cale sexuală, în special: gonococi, chlamydi,

herpes virus tip 2, HIV, Trichomonas vaginalis, stafilococ auriu. Nu se produc modificări ale florei saprofite iar bacilii Döderlein nu sunt influențați.¹

Pentru a nu se inactiva efectul contraceptiv, nu se recomandă asocierea altor medicamente administrate pe cale vaginală (antifungice, antitricomoniazice, antibacteriene, antisепtice, antiherpetice, produse cu administrare locală ce conțin estrogeni) deoarece orice tratament local pe cale vaginală poate inactiva contraceptivul local.¹

Contracepție locală: această metodă reduce considerabil riscul de sarcină, dar nu îl elimină total. Eficacitatea clinică se evaluatează cu ajutorul indicelui de eficacitate Pearl corectat, care este mai mic decât¹ dacă produsul este utilizat corect.¹ Eficacitatea contraceptivă depinde în mod esențial de folosirea corectă.

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

Dacă se dorește o metodă contraceptivă fără efecte adverse sistemic, fără contraindicații*, care respectă flora vaginală și lactobacili, alegeti **Pharmatex® Cremă vaginală!**

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

I 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. 134/08.05.2013

LASERUL în

LASER-ul (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation) exercită asupra ţesuturilor vîi efecte termice, fotochimice și mecanice.

Oftalmologia reprezintă primul domeniu în care s-a cercetat utilizarea în scopuri terapeutice a LASER-ului (amplificarea luminii prin stimularea emisiei de radiații). Si tot în oftalmologie este din ce în ce mai folosit în tratarea unor afecțiuni sau în prevenirea unor complicații precum și în intervenții cu rol estetic.

Retinopatia diabetică

Cea mai importantă indicație o reprezintă retinopatia diabetică, complicație gravă a diabetului zaharat necontrolat, care constă în subțierea vaselor de sânge de la nivelul retinei cu ruperea acestora și sângerare. În cadrul acestei afecțiuni există două situații în care se folosesc cu succes LASER-ul: edemul macular (acumulația de lichid la nivelul zonei cu acuitate vizuală maximă a retinei) care este refractar la tratament medicamentos, și retinopatia proliferativă în care se formează noi vase de sânge,

foarte fragile, cu risc mare de sângerare și dezlipire de retină. În ambele situații performanța acestei intervenții LASER nu constă în îmbunătățirea vederii ci în prevenirea evoluției spre orbire.

Viciile de refacție

Cel mai frecvent însă LASER-ul este folosit în corectarea viciilor de refacție (miopia, hipermetropie, astigmatism). Miopia se poate reduce cu mare exactitate până la 6-7 dioptrii, hipermetropia până la 3-4 dioptrii, iar astigmatismul maxim 3 dioptrii. În acest scop există mai multe tipuri de intervenție LASER folosite în mod curent și anume:

- LASEK
- LASIK
- PRK

Toate cele trei intervenții prezентate se realizează în ambulator cu anestezie topică (picături în ochi).

Pregătirea preoperatorie implică un consult oftalmologic complet și măsurători specifice ale cornee. Purtătorii de lentile de contact intrerup portul lor cu 1-2 săptămâni înainte de operație. Cei care doresc această intervenție trebuie să aibă peste 20 de ani (atunci se

stabilizează dioptriile), să nu aibă alte afecțiuni oculare sau sistemicе (precum diabet zaharat, boli autoimune, boli de colagen, reumatism articular acut, neoplazii etc.), și să fie informați asupra beneficiilor și riscurilor.

Retinopatia de prematuritate

Altă indicație majoră o reprezintă retinopatia de prematuritate care constă în formarea de neovase retiniene la prematurii cu greutate mică. Aplicat în fazele inițiale ale afecțiunii (în prima lună de viață) sub anestezie generală, LASER-ul prevene progresia retinopatiei care poate duce la orbire.

Glaucomul

LASER-ul se mai utilizează în glaucom, când tratamentul medicamentos nu mai controlează boala, în scopul reducerii pe o perioadă limitată de timp a presiunii intraoculare.

Ca procedee se pot enumera:

- trabeculoplastia LASER,
- indicată în glaucom cu unghi deschis,
- iridotomia LASER, recomandată la glaucom cu unghi închis.

oftalmologie

Degenerescență maculară senilă

În degenerescența maculară senilă (legată de vîrstă), care în țările dezvoltate reprezintă principala cauză de orbire legată de speranța crescută de viață, se poate stabiliza vederea cu ajutorul intervenției LASER asociată cu o substanță care se introduce la locul leziunii –injecție intravitreană cu Avastin sau Triamcinolon.

O altă situație mai rară în care LASER-ul e folosit cu succes și rezultate imediate este o complicație aparută după operația de cataractă (opacificarea capsulei posterioare), așa numita cataractă secundară, ca reacția organismului la implant-cristalin artificial.

În scop profilactic LASER-ul se utilizează în tratamentul adjuvant al unor tumori intraoculare sau în profilaxia dezlipirii de retină (când la unul din ochi s-a produsdezlipirea de retină, LASER-ul se aplică la celălalt ochi, dacă acesta este expus același factori de risc).

LASER-ul și-a dovedit importanța terapeutică fiind un instrument foarte util pentru medicul oftalmolog, însă nu trebuie ignorate nici limitele, riscurile și complicațiile acestei metode.



Dr. Grigorios Triantafyllidis
Medic specialist oftalmolog
Clinica de oftalmologie
www.amaoptimex.ro



Pierderea tranzitorie a vederii de cauză neurologică (I)

Prin pierderea tranzitorie a vederii-PTV (transient visual loss) se înțelege o scădere a acuității vizuale sau deficit de câmp vizual cu durată variată, de la secunde la ore, chiar până la 24 de ore. Pierderea vederii poate fi monococulară sau binoculară și poate fi precipitată de anumiți factori, cum ar fi expunerea la lumină puternică sau schimbarea poziției globilor oculari. Pacientul care se adresează medicului cu astfel de acuze, este foarte anxios, gândindu-se la iminența pierderii definitive a vederii. Termenul de amauroză fugace (amaurosis fugax) este tot mai des folosit ca sinonim al pierderii tranzitorii a vederii, monocular. Termenul fugax în latină are sensul de efemer, iar amaurosis în greacă înseamnă întunecat sau obscur.

Cauzele pierderii tranzitorii a vederii se pot grupa astfel: vasculară, oculată, neurologică și idiopatică. În ceea ce privește patologia care stă la baza acestor cauze, subliniem boala ateromatoasă a arterei carotide interne sau oftalmice, vasospasmul, neuropatiile optice, arterita cu celule gigante, creșterea presiunii intracraniene, boala compresivă orbitală și hipervâscozitatea sau hipercoagulabilitatea. Nu vor fi incluse în prezentare cauzele oftalmologice specifice (glaucom cu unghi încis în-

termitent, opacierea vitrosului etc).

Pentru o mai bună expunere vom împărți cauzele pierderii acute a vederii după incidența lor astfel: vasculară, demielinizante și altele.

Cauze vasculare:

Vascularizația oculară este asigurată de ramura oftalmică a arterei carotide interne (ACI).

Între ramurile arterei carotide interne (ACI) și ramurile arterei carotide externe (ACE) există anastomoze importante

la nivelul orbitei, care compensează circulația în cazul unei ocluzii ACI. Când aceste anastomoze sunt ineficiente, apare ischemia cronică oculară, anterioară, posterioară sau globală. Irigarea nesatisfăcătoare a segmentului anterior se exprimă prin congestie episclerală vasculară, întunecarea corneei, atrofia irisului, anomalii ale presiunii intraoculare. Ischemia segmentului posterior determină modificări circulatorii la nivelul retinei, nervului optic și stază venoasă.

Embolia retiniană.

Pacienții cu boală tromboembolică au emboli vizibili la nivelul vaselor retiniene. Aceștia pot determina pierderea monoculară a vederii cu durată între 5-60 de minute. Ei provin de la aortă, carotidă sau cord. Aspectul embolilor retinieni dă informații despre materialul embolic și posibila lui sursă. Cei mai frecvenți sunt embolii de colesterol 40-70% (Hollenhorst), fibrino-plachetari și calcici.

Embolii de colesterol sunt alb-gălbui, strălucitori și dispar în câteva zile. Retinografia cu fluoresceină este de mare ajutor. Provint din plăci ulcerate aortice sau carotidiene. Pacienții care prezintă astfel de plăci au durata medie de viață redusă mai ales prin existența bolilor cardiace. Ele sunt markeri pentru atrofiscleroza sistemică asociată cu HTA, fumat, afectare carotidiană bilaterală. Embolismul retinian asimptomatic cu colesterol este un factor de risc independent pentru stroke.

Embolii fibrino-plachetari sunt alb-gri având un pasaj gros, lent, prin arterele retiniene. Uneori se opresc la bifurcații, apoi trec, sau se fragmentează dispărând în timp. Apar după infarct miocardic sau operații pe cord deschis, provenind de la valvele cardiaice. Pot fi vizibili și în coagulopatii.

Embolii calcificați sunt de aspect alb-mat, nestrălucitori și uneori mai mari decât coloana sanguină. Ei pot fi dislocați în timpul operațiilor de pe valvele calcificate, sau pot proveni de la vegetații valvulare reumatoice. Spre deosebire de plăcile Hollenhorst și embolii fibrino-plachetari, embolii calcici tend să rămână permanent în lumenul vascular, determinând dezvoltarea anastomozelor colaterale. Pacienții cu astfel de emboli au risc semnificativ crescut pentru stroke, atacuri cardiaice și exitus.

În rare cazuri, embolii observați la examinarea fundului de ochi pot fi tumorali, proveniți de la mixom cardiac și metastaze, grăsoși de la fracturi de

oase lungi, septici, emboli de talc, emboli de la medicamente retard, silicon sau aer după injecții la nivelul fetei sau scalpului.

Pacienții cu PTV și emboli retinieni vizibili necesită investigații ale carotidelor, arcului aortic și cordului: ecografie Doppler cervico-cerebrală, ecografie transtoracică și transesofagiană, rezonanță magnetică nucleară, angiografie convențională sau angio-MRI. Trebuie evaluați și controlați factorii de risc vascular: fuma-

tul, hipertensiunea, diabetul, dislipidemia, sedentarismul, dieta etc.

Continuare în numărul viitor, cu prezentarea cauzei pierderii tranzitorii a vederii reprezentată de Hipoperfuția oculară.



Dr. Camelia Constantin,
medic specialist oftalmolog,
SC EURO-OPTICS SRL
Str. Dr. Iatropol Nr.21
Sector 5 București
0040 214109110



Anestezia în chirurgia cataractei

Odată cu evoluția rapidă a tehnicii în chirurgia cataractei, au apărut metode anestezice noi. În doar câțiva ani, popularitatea anesteziei generale a cedat în fața anesteziei locale retrobulbare, care, la rândul ei, a făcut loc anesteziei peribulbare și, mai recent, anesteziei topice.

In prezent, în abordarea standard din chirurgia cataractei anestezia generală este rareori necesară, ea fiind rezervată unor situații specifice, cum ar fi examinarea și tratamentul chirurgical al copiilor și al pacenților cu patologie psihiatrică, status mental alterat, tremor necontrolat, afecțiuni respiratorii (dispnee de decubit) etc, precum și în intervenții chirurgicale laborioase, cu durată mai mare de 90 minute (intervenții de chirurgie vitreoretiniană).

Anestezia retrobulbară a fost metoda de electie pentru această procedură până în anii '60, când a fost introdusă anestezia peribulbară, însotită de mai puține complicații.

Anestezia retrobulbară se realizează prin injectarea substanței anestezice în spațiul retrobulbar (în interiorul conului

muscular), care asigură blocul anestezic al ganglionului ciliar, nervilor ciliari și nervilor craniieni II, III și VI. Se obține o anestezie adecvată și o akinezie foarte bună (lentoare a mișcărilor voluntare), efectul se instalează rapid, asigurând totodată și o bună analgezie postoperatorie (până la 2-3 ore). Dezavantajele metodei în de căracterul invaziv al acesteia, care predispune la apariția unor complicații serioase, a căror incidentă este totuși redusă (1-3%), cum ar fi: hemoragie retrobulbară, ocluzia de arteră centrală a retinei, punționarea globului ocular sau a nervului optic, lezarea mușchilor extra-oculari, reflexul oculo-cardiac sau anestezia intempestivă a trunchiului cerebral.

Anestezia ocupă un loc important în orice act chirurgical.

Anestezia parabulbară constă în injectarea anestezicului în afara conului muscular, evitându-se astfel lezarea elementelor anatomicice ale spațiului retrobulbar (nerv optic, arteră și vena centrală a retinei, ganglionul ciliar etc). Se folosește același amestec de substanțe anestezice ca și la anestezia retrobulbară, însă într-o cantitate mult mai mare. Dezavantajele acestei metode sunt reprezentate de akinezia mai slabă și instalarea mai lentă a efectului anestezic, precum și riscul mai mare de producere a unor complicații precum: reflex oculo-cardiac (prin compresia oculară), chemozis intraoperator (edem al conjunctivei) sau ptoză palpebră (pleoapă căzută). Avantajul principal este dat de frecvența mai redusă a complicațiilor comparativ cu metoda retrobulbară.

Modificarea tehnicii operatorii cu apariția chirurgiei cataractei prin incizie mică și a facoemulsificării, precum și înregistrarea complicațiilor care pot fi cauzate de anestezia retrobulbară sau parabulbară au determinat chirurgiei să caute soluții noi. Cum durata operațiiei s-a redus la 10-15 minute, tot mai mulți chirurgi au adoptat anestezia topicală, potrivită pentru operația cataractei prin facoemulsificare (cu raze ultraviolete de înaltă frecvență), în care akinezia nu este necesară.

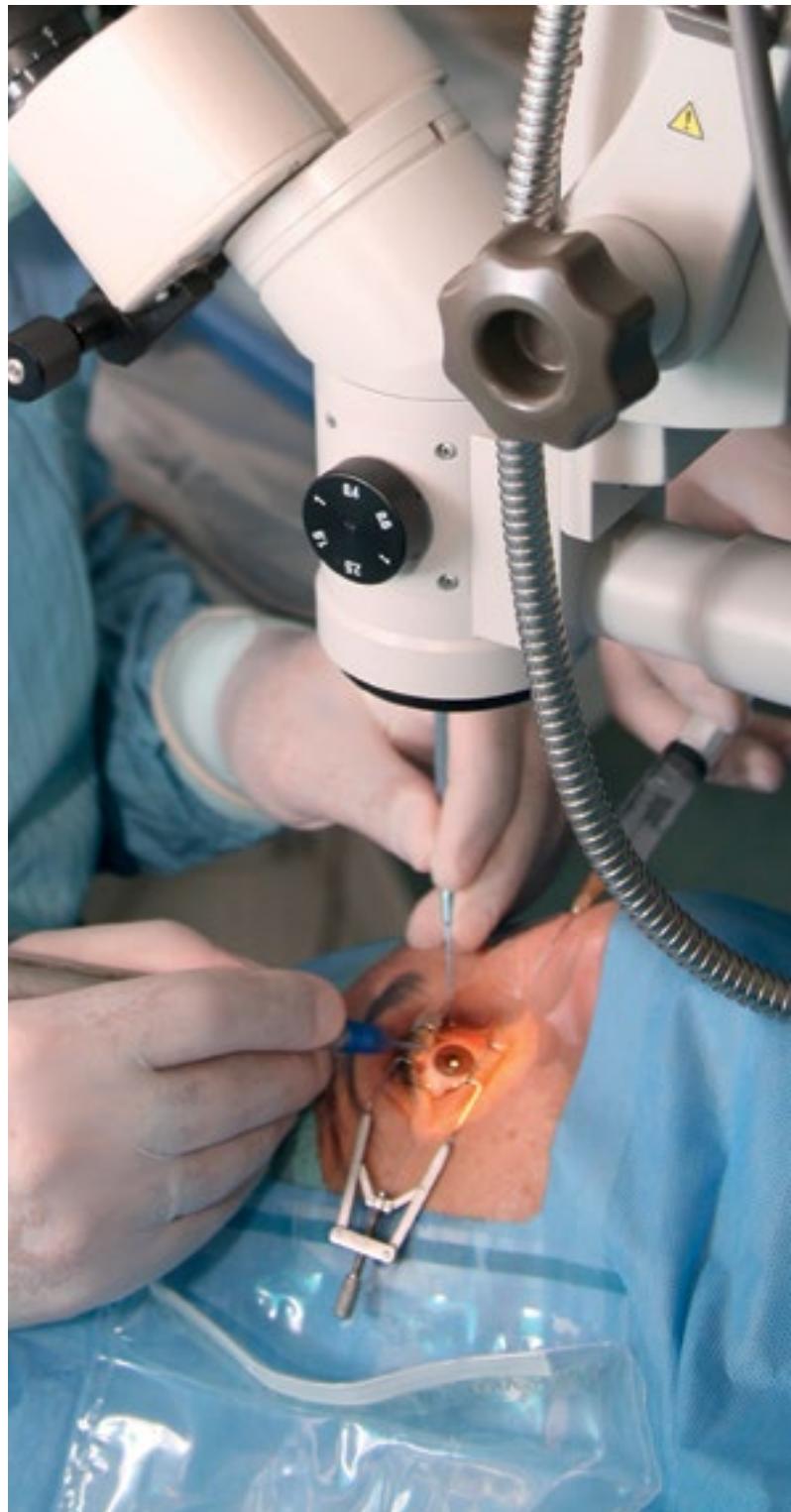
Anestezia topicală constă în instilarea repetată de picături

sau gel anestezic, însoțită sau nu de injectarea intracamerălă a unui agent anestezic. În felul acesta se blochează producerea senzației dureroase, și nu transmiterea ei. La această metodă intervine și alegerea (opțiunea) pacientului, fiind obligatorie cooperarea sa deplină pe parcursul intervenției. Avantajul principal al acestei metode constă în lipsa de invazivitate (absența lezării țesuturilor intraorbitare de către acul de seringă). Dezavantajele țin, în principal, de lipsa de compliantă a pacientului în timpul operației, lipsa akineziei oculare, precum și eventuale efecte toxice locale ale anestezicului asupra corneei (alterarea filmului lacrimal, întârzierea vindecării, keratopatie toxică), frecvența apariției acestora fiind însă redusă.

În prezent, anestezia topică este metoda preferată de anestezie în chirurgia cataractei, utilizarea ei fiind în creștere față de a celorlalte tipuri, deoarece reduce și mai mult riscul apariției complicațiilor și permite o recuperare vizuală rapidă.

În concluzie, alegerea tipului de anestezie implică o analiză coroborată a mai multor factori (starea generală și locală a pacientului, siguranța și confortul chirurgului și anestezistului și, nu în ultimul rând, opțiunea pacientului), scopul principal fiind asigurarea unui raport siguranță-efficacitatea cât mai bun.

Dr. Mioara Marinescu,
specialist oftalmolog



Posibilități de detectare și recuperare precoce ale hipoacuziei

„Lipsa văzului separă oamenii de obiecte, lipsa auzului separă oamenii de oameni”

– Hellen Keller

Hipoacuzia ar trebui să fie privită ca o problemă de sănătate rezolvabilă.

Există în prezent teste complexe și necostisoare care ne pot indica precis gradul hipoacuziei atât în cazul copiilor, începând cu cei de vîrstă foarte mică, cât și în cazul adulților.

Hipoacuzia este una dintre deficiențele cele mai răspândite, 1-3 dintr-o mie de nou-născuți fiind hipoacuzici.

În privința populației generale, 10% prezintă un grad de hipoacuzie, care necesită intervenție specializată pentru recuperarea auzului.

Ideal ar fi ca toți nou-născuții să fie testați prin screening de auz la naștere, înainte să părăsească maternitatea.

Există câteva maternități în România care oferă screening auditiv, dar acestea nu acoperă decât un procent mic din totalul de nou-născuți.

În lipsa screening-ului generalizat, părinții și medicii care vin în contact cu bebelușul au responsabilitatea urmăririi dezvoltării normale a auzului acestuia.

Mai jos vă prezintăm semnalele de alarmă pentru părinți:

În cazul copiilor mici:

- Copilul nu tresare la zgomote puternice (în primele 4 luni –

reflexul Moro);

- Nu căută cu privirea sursa sunetului;
- Se bucură când o vede pe mamă, dar nu reacționează când aceasta intră în cameră; atunci când nu o vede.

Pentru copiii mai mari:

- Gânguritul involuntar nu este urmat de emiterea voluntară de sunete;
- Copilul nu imită sunetele pe care le aude;
- Pronunță greșit sau deloc anumite foneme (s, f, c);
- Este adesea catalogat ca fiind neatent;
- În cazul în care părintele suspectează o problemă de auz este esențial să meargă fără întârziere cu copilul la un centru specializat pentru investigarea auzului.

Pentru a asigura o dezvoltare normală din punct de vedere al limbajului copilului născut hipoacuzic, ținta spre care ar trebui să ne îndreptăm este:

- Depistarea hipoacuziei până la vîrstă de 3 luni;
- Diagnosticarea exactă până la vîrstă de 6 luni;
- Intervenția până la vîrstă de 10-12 luni.

Trebuie reținut că problemele de auz pot apărea la orice vîrstă, după administrarea de antibiotice puternice, după expunere la zgomot, după o boală infecțioasă etc. Pentru bebeluși există teste de auz obiective, care înregistrează automat activitatea nervilor auditivi.

Pentru copiii mici auzul este testat prin audiometrie comportamentală și audiometrie prin joc.

Dacă pierderea de auz este datorată celulelor senzoriale ale cohleei, atunci **hipoacuzia este neurosenzorială de tip cochlear**, iar dacă este datorată funcționării deficitare a fibrelor nervoase, vorbim despre o hipoacuzie neurosenzorială retrocochleară. Dacă substratul fizic al hipoacuziei se află la nivelul urechii externe sau medii, atunci hipoacuzia se numește de transmisie. În cazul în care scădere a auzului nu este recuperabilă prin administrarea de medicamente sau chirurgical, singura soluție o reprezintă protezele auditive, clasice sau implantabile. În cazul protezării copiilor, se vor oferi proteze auditive cât mai performante, în aşa fel încât pacientul să își poată însuși și dezvolta limbajul într-un mod corespunzător.

Pentru pacienții adolescenți și pentru cei cu o viață profesională activă se pot alege proteze auditive care comunică prin intermediul a diverse interfețe prin Bluetooth cu telefonul mobil, cu sisteme MP3 etc.

Pentru vîrstnici se vor alege aparate auditive ușor de manevrat și de întreținut.

În cazul în care gradul hipoacuziei nu permite reabilitarea auditivă cu ajutorul protezelor auditive clasice, soluția rămasă este cea a implantului cochlear.

Implantul cochlear este un dispozitiv semi-implantabil, format din două părți: partea externă, reprezentată de procesorul audio și antena de transmitere a semnalelor și partea internă, adică implantul cochlear propriu-zis. Cele două componente comunică prin intermediul pielii intacte.

Implantul cochlear stimulează în mod direct fibrele nervoase de la nivelul cohleei. Nervul auditiv transmite semnalele către creier, unde vor fi percepute ca sunete. (Partea I)

Primul implant cochlear a fost conceput și realizat cu peste 30 de ani în urmă, dar dezvoltarea acestor dispozitive a luat amploare în ultimii 15 de ani. Toate acestea s-au datorat, atât cercetărilor și studiilor coroborate cu o cazuistică nu tocmai ușor de realizat și centralizat, cât și posibilităților oferite de tehnologia prelucrării numerice. Această ramură a reabilitării auditive este Tânără și promite un viitor salutar, mai ales din perspectiva abordării cazurilor dificile și dramatice cum sunt cele pediatrice sau surditățile brusc instalate. Incidența este în continuă creștere, există programe naționale de reabilitare prin implant cochlear în multe țări din lume, printre care și România. Costurile sunt încă ridicate, atât datorită producției, cât și consumului mare de resurse intelectuale. În toată această ecuație coexistă cercetători alături de practicieni, cum ar fi ingineri, medici, logopezi, audiologi, psihologi, pedagogi, profesori și nu în ultimul rând utilizatorii și apărătorii.

Există implanturi cohere performante, cum este sistemul de implant cochlear Maestro, produs de compania MED-EL, care permit pacientului să se bucure de ascultarea muzicii și să înțeleagă clar vorbirea chiar și în medii sonore considerate dificile. Componentele electronice pun în lumină provocări și problematici continue.

Dispozitive implantabile auditive au căpătat o deosebită importanță în ultimele decenii, incidența și cazuistica acestora fiind în continuă creștere. Totodată, cercetarea și dezvoltarea au căpătat noi dimensiuni cu scopul de a atinge beneficii cât mai bune referitor la optimizarea stimulării, poziționarea componentelor implantate cât mai corectă, instrumentarul utilizat, compatibilitatea, atât cu sistemele asistive moderne, dar și a dispozitivelor audio sau video, metode de inserție și prindere, dar și aspecte legate de alegerea strategiei de codare a informației prelucrate.

Tințele în proiectarea acestor sisteme sunt acelea de a se obține un consum de energie cât mai mic, se urmărește implantarea a cât mai multe componente ale acestora, să fie cât mai sigure, să fie cât mai puțin invazive și să nu introducă tensiuni asupra țesuturilor și structurilor unde are loc implantarea.

Este bine de știut că dispozitivele implantabile cohere mai sunt cunoscute în literatura de specialitate ca proteze auditive implantabile, și că sunt considerate dispozitive semiimplantate, deoarece prezintă componente care nu se implantează.

Aceste sisteme pot fi clasificate în funcție de amplasarea componentei implantate sau a părții efectoare la nivelul analizatorului auditiv:

1. Proteze auditive implantabile de ureche medie:
 - a. Proteze auditive cu ancoraj osos (BAHA – Bone Anchored Hearing Aid)
 - b. Proteze auditive electromagnetice
 - c. Proteze auditive piezoelectrice
2. Sisteme implantabile cohere:
 - a. Implant cochlear
 - b. Implant cochlear cu stimулare electro-acustică
 - c. Implant nuclear sau de trunchi cerebral (ABI – Auditory Brainstem Implant)

Implanturile cohere reprezintă o soluție optimă atât pentru copiii cu hipoacuzii prelinguale, cât și pentru pacienții cu hipoacuzii progresive sau dobândite.

Pentru a beneficia de implantare cohere gratuită prin intermediul Programului Național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile, pacienții trebuie să se adreseze unui centru autorizat de către Ministerul Sănătății, unde vor fi investigați și evaluați. (Partea II)

Psiholog Audiolog Anca Modan Ing. Audiolog

Florin-Andrei Băileșteanu

Adresa SC AUDIOLOGOS:

str. Mendeleev 7-15 (str. Piața Amzei), Sector 1, București

Tel: 031 432 6390 și 031 432 6391

Mobil: 0745 073 174 (Orange) și 0723 164 124 (Vodafone)

E-mail: anca.modan@audiologos.ro

Website: www.audiologos.ro

E-mail: florin@audioart.com.ro

Website: www.audioart.com.ro



 **Dermatix®**

NU DAȚI CICATRICILOR NICIO ȘANSĂ!

www.dermatixultra.ro

DOAR O CICATRICE? Dar îmi pasă.

Dermatix®
NU DAȚI CICATRICILOR NICOI SANSĂ!



Dermatix® gel

Dermatix® plastru transparent

Dermatix® plastru țesătură mătăsoasă

INDICAȚIE: prevenția și tratamentul cicatricilor hipertrofice și cheloide

TEXTURĂ	Silicon-gel transparent	Plastruri de silicon transparent	Plastruri de silicon cu verso din țesătură mătăsoasă (confort optim sub îmbrăcăminte)
DIMENSIUNI DISPONIBILE	Tub de 15 g Tub de 6 g	4 x 13 cm 13 x 13 cm 13 x 25 cm 20 x 30 cm	4 x 13 cm 13 x 13 cm 13 x 25 cm 20 x 30 cm
MOD DE ÎNTREBUNȚARE	1 aplicare de 2 ori/zi, temp de cel puțin 2 luni	1 aplicare/zi, pentru 12-23 ore, temp de cel puțin 2 luni	1 aplicare/zi, pentru 12-23 ore, temp de cel puțin 2 luni

NU UTILIZAȚI:

- pe plăgi deschise sau necicatrificate
- pe mucoase
- în proximitatea ochilor
- peste alte tratamente dermatologice

Dermatix® este un dispozitiv medical.
Pentru uz extrim.

Silon® este o marcă înregistrată a BioMed Sciences, Inc. © Toate drepturile sunt rezervate.

NO-DTX-ABU-JULY/2013

MEDA

Dermatix® Plastru
CU TEHNOLOGIA SILON®

8 sfaturi pentru un bronz sigur și sănătos

Poți să te bucuri de soare și de un bronz frumos, protejându-ți în același timp sănătatea? Da, dacă urmezi câteva dintre sfaturile noastre.

1 Un prânz adekvat crește protecția naturală

Una dintre substanțele din organism care joacă un rol important în protecția împotriva efectelor nocive ale soarelui, licopenul, se regăsește și într-o serie de alimente care odată consumate, pot crește nivelul de protecție cu până la o treime. O gustare bogată în roșii, sau alte fructe și legume de culoare roșie sau portocalie este ideală. Și ciocolata are un rol benefic, conținând flavonoizi, ce protejează la rândul lor de arsuri. Poți încheia prânzul cu o cană de cafea, care are efecte în reducerea riscului de cancer de piele, potrivit mai multor studii.

2 Evitați statul la soare mai mult de 2-3 ore

Plănuiești o partidă de bronz de 6-8 ore? Inutil. Pielea noastră atinge, după circa două sau trei ore, un punct în care nu mai poate elibera melanină, sub-

stanță care colorează pielea. Fiecare dintre noi ajunge în acest punct după o perioadă diferită, iar pentru cei cu tenul deschis timpul este mult mai scurt.

După depășirea acestui prag tot ce facem este să ne creștem riscul de probleme cauzate de razele UV.

3 Atenție la momentele în care ieși din apă

Unul dintre momentele în care pielea este cea mai vulnerabilă este atunci când ieși din apă. Particulele de nisip de pe plajă curăță crema de protecție, în timp ce apa elimină și ea un procent semnificativ din substanțele ce te protejează, chiar dacă folosim produse rezistente la apă. Așa că nu ezita și aplică un strat nou de cremă în aceste clipe.

4 Cantitatea contează

Majoritatea celor ce stau la soare nu folosesc o cantitate suficientă de cremă de protecție.

Fie că ne grăbim sau vrem să facem economie, aplicăm de regulă doar 25-50% din cantitatea recomandată, rezultatul fiind o protecție insuficientă. Ca exemplu, dacă aplicăm jumătate din cantitatea de cremă necesară, protecția va fi în cel mai fericit caz de 66% din cea maximă oferită de produsul respectiv.

5 Bronzul la solar nu oferă beneficii

Ai nevoie de soare pentru a stimula producția de vitamina D? Saloanele de bronzt nu sunt răspunsul potrivit. Solarele emite cantități mari de raze dăunătoare UVA și cantități foarte mici de UVB, cele care au un rol în sinteza prețioasei vitamine D.

6 Un bronz artificial elimină anxietatea

Cei mai mulți turiști se aleg cu arsuri deoarece vor să fie branzați din prima zi de vacanță, lucru destul de greu de obținut pe cale naturală. Pentru a elimina aceste porniri „criminoale” poți apela la produsele autobronzante, care colorează pielea fără a o agresa și care te fac să uiți rapid de faptul că ai fost alb ca laptele.

7 Protectia SPF nu este suficientă

Chiar dacă folosești o cremă SPF eficientă, aplicată corect,



pielea ta tot poate avea de suferit. O idee excelentă este să completezi protecția cremelor cu un produs antioxidant (tablete, creme), care te ajută să neutralizezi radicalii liberi ce au efecte distructive.

De asemenea trebuie să ții cont că valoarea SPF se referă la protecția împotriva razelor UVB. Razele UVA sunt cel puțin la fel de periculoase, afectând celulele aflate la mai mare adâncime în piele. Pentru a te asigura că ești protejat verifică dacă produsul utilizat are o acțiune și împotriva razelor UVA.

8 Alegerea momentului este esențială

Clasica recomandare privind orele de stat la soare rămâne extrem de importantă pentru cei ce vor să-și protejeze sănătatea. Riscul de arsuri este mult mai crescut între orele 11 și 15, atunci când activitatea solară este cea mai intensă, așa că încearcă să-ți faci programul în aşa fel încât la acele ore să moțai în cameră, recuperându-te după o noapte de petrecere sau vizitând muzeele din zonă.

Îți dorim o vacanță plăcută și un bronz sănătos și de lungă durată!

Otilia Câmpan,
dermoconsultant
Farmacia 3
www.farmacia3.ro

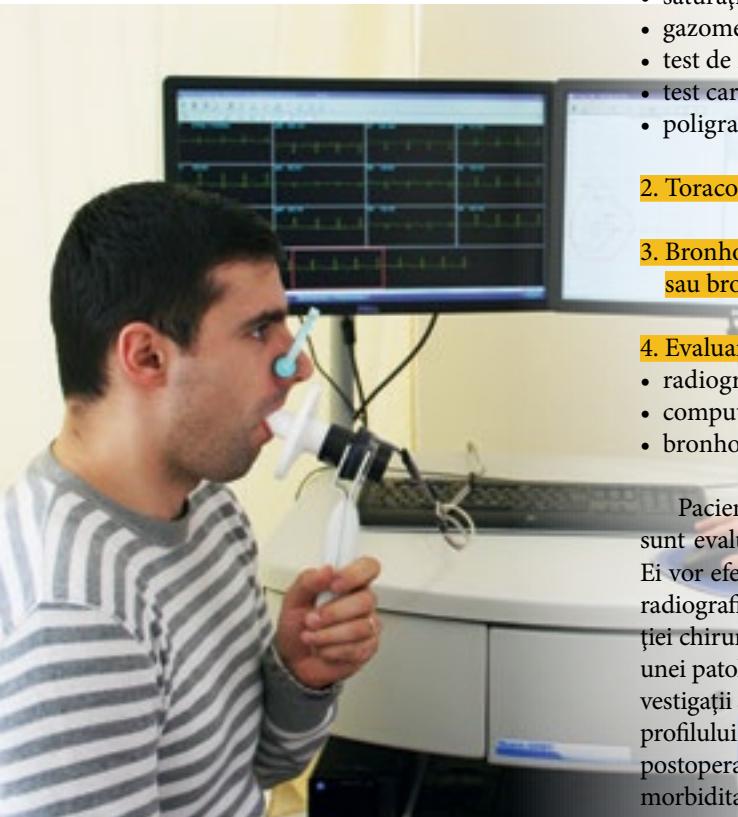
Evaluarea pulmo acesteia în interv



**Dr. Laura
Lihățchi**
Medic Specialist
Pneumologie



Tel.: 031.225.25.00, Str. Tony Bulandra, nr. 27,
sect. 2, București, info@spitalulmonza.ro,
www.spitalulmonza.ro



Serviciul de pneumologie din cadrul **Spitalului Monza** oferă pacienților care se adresează în regim ambulatorial sau pacienților spitalizați o serie de investigații specifice:

1. Evaluare funcțională respiratorie

- spirometrie simplă
- spirometrie cu test bronhdilatator
- peakflowmetrie
- saturăția oxigenului în sângele periferic
- gazometrie arterială
- test de mers 6 minute
- test cardio- pulmonar de efort (bicicleta)
- poligrafie ventilatorie nocturnă

2. Toracocenteză diagnostică și terapeutică

3. Bronhoscopie flexibilă +/- biopsie bronșică sau brosaj bronșic

4. Evaluare imagistică toracică

- radiografie cardio-pulmonară
- computer tomografie toracică
- bronhoscopie virtuală

Pacienții care urmează să fie operați pe cord sunt evaluați din punct de vedere pneumologic. Ei vor efectua cel puțin o spirometrie simplă și o radiografie cardio - pulmonară anterior intervenției chirurgicale și în funcție de prezența sau nu a unei patologii pulmonare vor continua cu alte investigații specifice. Scopul este acela al cunoașterii profilului pacientului, astfel încât managementul postoperator al pacientului să fie cât mai eficient, morbiditatea și mortalitatea cât mai scăzute.

nară și importanța ențiiile chirurgicale

Testarea cardio-pulmonară de efort (CPET)

Testul CPET este o procedură noninvasivă care evaluatează capacitatea individuală de efort și care oferă informații diagnostice și prognostice. Performanța la efort este rezultanta funcționării interdependente a patru mari sisteme: cardiovascular, pulmonar, muscular și sanguin.

Studiul răspunsului organismului la efort oferă informații superioare celor obținute în stare de repaus, permîțând o mai bună apreciere funcțională a aparatului cardiovascular. CPET reprezintă o metodă esențială pentru evaluarea cardiovasculară comprehensivă.

Indicații CPET

1. Evaluarea toleranței la efort

- determinarea gradului afectării funcționale (peak VO₂)
- determinarea factorilor și a mecanismelor fiziotologice de limitare a efortului

2. Evaluarea intoleranței la efort de cauză necunoscută

- stabilirea contribuției etiologiei cardiace și pulmonare în afecțiuni coexistente
- simptome disproporționate față de rezultatele testelor cardio-pulmonare de repaus
- dispnee neexplicată când testul inițial cardio-pulmonar este nondiagnostic

3. Evaluarea pacienților cu afecțiuni cardiovasculare

- evaluarea funcțională și prognostică a pacienților cu insuficiență cardiacă

- selecția pentru transplant cardiac
- prescripția antrenamentului și monitorizarea rezultatelor reabilitării cardiaice

4. Evaluarea pacienților cu afecțiuni respiratorii

- stabilirea gradului afectării funcționale
- boală pulmonară cronică obstructivă
 - » stabilirea limitării la efort și evaluarea altor posibili factori contributivi, în special asocierea bolii cardiace ischemice
 - » determinarea gradului hipoxemiei și necesității prescripției oxigenoterapiei
 - » când determinarea obiectivă a intervenției terapeutice e necesară și nu poate fi obținută adevarat de testele pulmonare funcționale standard
- boală pulmonară interstitională
 - » detectarea timpurie a afectării schimburilor gazoase
 - » monitorizarea schimbului gazos pulmonar
 - » determinarea gradului hipoxemiei și necesității prescripției oxigenoterapiei
 - » determinarea factorilor potențiali de limitare la efort
 - » documentarea răspunsului terapeutic la o terapie potențial toxică

- boală pulmonară vasculară (analiza atentă risc/beneficiu)
- fibroză chistică
- bronhospasm induc de efort

5. Aplicații clinice specifice

- evaluarea preoperatorie
 - » rezecție pulmonară
 - » chirurgie abdominală majoră la pacient vîrstnic

- » rezecție pulmonară pentru emfizem
- prescrierea programului de reabilitare
- evaluarea pretransplant pulmonar sau cord-pulmon

CPET se poate efectua pe:

- covor rulant
- bicicletă

Există două tipuri de testări:

- incrementale
- constante (folosite în special pentru monitorizarea răspunsului terapeutic)



Se realizează măsurători de bază, în repaus:

- spirometrie
- ECG
- Pulsoximetrie
- consum de O₂
- producție de CO₂

Pe parcursul testului pacientul va fi monitorizat electrocardiografic și din punct de vedere al schimburilor gazoase.

CPET permite aprecierea noninvasivă a consumului de oxigen (VO₂) și a producției de dioxid de carbon (VCO₂). Consumul maxim de oxigen (VO₂ max) sau capacitatea aerobă este definită ca valoarea atinsă când VO₂ rămâne stabil în pofida creșterii intensității efortului. În cursul exercițiului muscular VO₂ crește proporțional cu creșterea efortului până la o valoare la care relația se aplătizează. VO₂ max este indicatorul cel mai fidel al capacitatii de efort fizic al unei persoane.

Pragul anaerob reprezintă nivelul de efort la care musculatura generează cantități importante de acid lactic prin devierea anaerobă a metabolismului datorită epuișării ofertei tisulare de O₂. Prin tamponarea lactatului în exces de către bicarbonatul plasmatic se generează CO₂ și apare hiperventilația reflexă. Pragul anaerob indică nivelul maxim de efort la care sistemul cardio-pulmonar poate asigura țesuturilor o cantitate suficientă de O₂ pentru desfășurarea aerobă a metabolismului muscular scheletice. Majoritatea activităților zilnice se desfășoară la activități inferioare pragului de anaerobioză. Pragul de anaerobioză poate fi crescut prin antrenament, crescând capacitatea pacienților de a efectua activități susținute la nivel submaximal, îmbunătățindu-le calitatea vieții.

CPET este folosită pentru prescrierea programelor de reabilitare cardiovasculară.

În concluzie, măsurările variate efectuate în timpul testării cardio-pulmonare de efort permit evaluarea obiectivă a capacitatii de efort, determinarea factorilor limitativi la efort, definirea mecanismelor fiziopatologice subiacente (ca de exemplu contribuția etiologiei cardiace versus respiratorii în boli coexistente), detectarea timpurie a diverselor boli (ischemie), aprecierea obiectivă a indicilor de performanță pentru monitorizarea progresiei bolilor și răspunsului lor la tratament.

DERMOBACTER® 300 ml

O armă contra infecțiilor pielii și a mucoaselor!

Laboratoire INNOTECH International - Franța, are în portofoliu un produs de top în lupta cu microbii: DERMOBACTER® 300 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 infecții bacteriene și fungice ale pielii și mucoaselor, atât la copii cât și la adulți.

Asocierea celor două substanțe active, clorhexidină și clorură de benzalconiu, acționează asupra unui spectru larg de germeni responsabili de infecții cutanato-mucoase de etiologie bacteriană primară sau care se pot suprainfecta.

Formula succesului – asocierea de două substanțe active cu acțiune sinergică.

Clorura de benzalconiu: spaima bacteriilor

Clorura de benzalconiu (derivat cuaternar de amoniu):

este un bactericid, virucid și fungicid cu efect asupra:

- Germenilor Gram + (Gram pozitivi), cum sunt: Stafilococul auriu (Staphylococcus aureus), Streptococci (Strep-

tococcus), 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 sau micoze): Candida albicans;
- Virusurilor: HIV, Simplex herpes (HSV2), Cytomegalovirus (CMV).

Clorhexidina: antiseptic din familia biguanidelor

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

Când pielea are nevoie de ajutor, folosiți Dermobacter®!



Dermobacter® dezinfecțează într-un minut!

- efectul se instalează rapid după un timp de contact de 1 minut;
- efectul se menține mai mult de 6 ore;
- acționează rapid și de durată chiar și în prezența substanțelor organice (proteine, exudat).

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
• Reprezentanta 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

Fără tabú-uri despre viața sexuală a cuplului...



**Cristina
Fülop**

*Psiholog psihoterapeut
Cabinet Individual de Psihologie
0722 509 713 / 0748 752 538*

Cât de importantă este pentru un cuplu viața sexuală? Este adevărat că fiecare cuplu are propriul ritm în care se desfășoară relațiile sexuale, însă, dacă plecăm de la premise că nevoia de sex este o trebuință de bază a omului, alături de trebuința de a mâncă, cea de a dormi și trebuința de a bea apă, este greu de crezut că, în absența vieții sexuale, ne putem păstra echilibrul fizic și/sau psihic.

Si totuși, sunt din ce în ce mai multe cupluri care declară că viața sexuală a cuplului este redusă la unul sau două contacte anual sau total inexistentă. În sprijinul celor declarate, aceleași voci susțin că se mulțumesc cu prezența celuilalt pe aceeași canapea

sau cu faptul că se țin de mână pe stradă și se sărută „cast” pe obraz „de noapte bună”. Există mai multe paliere de intimitate care se pot crea și dezvoltă în relația dintre doi oameni. În parteneriatul de cuplu, se dezvoltă între cei doi, și intimitatea erotică, și intimitatea de proximitate. Evident că aceste paliere evoluează alături de alte paliere ale intimității, posibile între doi oameni. Dacă intimitatea de proximitate se referă la acele aspecte specifice contextelor care presupun activități comune desfășurate în apropierea celuilalt (servit masa împreună, dormit în același pat, privit la televizor stând pe același fotoliu etc.), intimitatea erotică se referă la activități erotice și sexuale ale celor doi, dar și la discuții despre aceste activități, precum și în legătură cu preferințele sexuale, fanteziile și orice este conex vieții sexuale a cuplului. Așa încât, este evident că cele două zone de intimidare sunt total distințe. Există posibilitatea ca, pentru scurtă vreme, să putem compensa absența sau diminuarea unuia dintre paliere prin dezvoltarea excesivă a celuilalt, dar asta nu poate să fie un stil de viață. Cred că, partenerii de cuplu care declară că le este suficientă intimi-

tatea de proximitate și nu au nevoie de intimidare erotică și activitate sexuală, mai degrabă încearcă să disimuleze/să nege existența unor probleme legate de acest aspect, cu tot ce presupune asumarea acestora.

Ştim care este „prețul plătit” pentru asta și cum va arăta relația respectivă de cuplu peste câțiva ani? Cred că un bun început ar fi să încercăm să înțelegem ce ni se întâmplă? Din ce motive scade libidoul și cum se poate interveni?

În situația în care vorbim despre o perioadă tranzitorie pentru cuplu, perioadă determinată de existența la unul dintre parteneri sau la amândoi, a unor probleme de natură organică ce pot determina scăderea semnificativă a libido-ului (printre acestea cele mai frecvente fiind dezechilibrele hormonale aferente afecțiunilor endocrinologice, afecțiunile neurologice sau unele diagnostice apărute postpartum sau în urma unor intervenții chirurgicale), discuțiile cu medicul specialist curant, pot aduce soluții care vizează fie îmbu-

nătățirea, fie rezolvarea problemelor de sănătate existente sau schimbarea medicației celui tratat, dacă aceasta este răspunzătoare de diminuarea libidoului.

În ceea ce privește problemele care pot apărea strict

legat de dificultatea/ imposibilitatea penetrării, conexe unor afecțiuni ca: dispareunia, vaginismul sau tulburările de erecție, de cele mai multe ori cauzele sunt complexe, asociindu-se determinări de natură psihogenă și de natură organică și atunci este important să

consultăm de îndată medicul specialist și psihoterapeutul.

În ceea ce privește presiunile cotidiene, sigur că acestea există, iar unul dintre efectele faptului că resursele noastre interioare și exterioare sunt depășite de solicitările la care suntem supuși, este diminuarea libidoului. Modificarea aceasta înseamnă că echilibrul nostru psihic a fost perturbat și de obicei nu apare izolat, ci însotită și de alte simptome fizice sau psihice (tulburări de somn, tulburări digestive, iritabilitate, anxietate crescută, tulburări de concentrare a atenției, tulburări de memorie etc.), ca atare, este important să intervenim cât se poate de rapid, consultând un psihoterapeut și/sau un medic specialist. Ce

înseamnă presiuni zilnice?

Orice ne consumă resursele, afectându-ne optimă funcționare pe oricare dintre rolurile noastre sociale: fiu/fiică, partener de cuplu, părinte, angajat/antreprenor, prieten, coleg, etc.... Este cert că în funcție de perioada de viață în care ne aflăm, ponderea acestor roluri sociale este diferită, dar rolul de partener de cuplu este cumva unul dintre cele mai constante din această perspectivă, așa încât este important să nu pierdem din vedere prerogativele acestui rol (deci, nici relația sexuală).



Stil de viață contemporan



Suntem asaltați, asfixiați din toate părțile de tot felul de rețete și programe pentru slăbit, de povești despre cum e bine să mâncăm și cum nu, despre ce alimente ne sunt recomandate sau, dimpotrivă, interzise.

Un întreg amalgam de oferte, care mai de care mai atrăgătoare, mai laborioase, mai explicite și mai bine puse la punct. De fapt, toate nu sunt decât un biet „horoscop” creat doar pentru naivi sau pentru aceia care nu au ce citi. De altfel, îndrăgitul scriitor Mark Twain parcă mi-ar da dreptate, notând într-o din cugetările sale că mereu trebuie să „ai grijă când citești cărți pentru sănătate. Poți muri din cauza unei greșeli de tipar”. Am fi tentați să spunem că se exagerează puțin, dar eșecuri există. Există însă și diferențe. De trai, de stil de viață. S-a întrebat cineva vreodată dacă străbunicii noștri ar fi fost interesați să consume chipsuri, sau Cola, sau nes, sau... nemaipomenitele mezeluri de acum?! Pentru că dacă privim cu doar o jumătate de secol în urmă, vom constata deosebiri radicale între stilul de viață al bunilor noștri și cel al nostru. Ei erau mai activi, mai rezistenți și, evident, mai sănătoși. Acest stil de viață se caracterizează, în principal, prin: activitate fizică moderat-intensă; gândire pozitivă; acordau atenție orelor de masă; consumau alimente naturale ce provineau din mai multe surse alimentare și mai puțin prelucrate, chimizate; își preparau de regulă hrana în casă și doar pentru o zi, maximum două; nu foloseau aditivi alimentari, grăsimi artificiale, îndul-



ran: Între ideal și real

citori artificiali și zaharuri rafinate. Consumau mai puțină carne și foarte puține preparate industriale din carne, mezeluri, cârneați, pateuri (iar acestea erau preparate în gospodărie sau în condiții naturale, mult diferite de cele industriale actuale); se ridicau de la masa când încă le mai era foame, nu se ghifitau; miercurea și vinerea țineau post (în aceste zile nu consumau alimente de origine animală – carne, lapte, ouă). Dar, atenție! Nu consumau dulciuri rafinate, produse de cofetărie, patiserie decât la ocazii, sărbători. Obezitatea era aproape necunoscută (de altfel, obezitatea este necunoscută în natură, numai omul modern și animalele domestice suferă de obezitate!); nu consumau băuturi răcoritoare, energizante, ci apă de făntână; alimentele consumate nu aveau densități calorice enorme, aşa cum au cele de astăzi (o porție de mâncare la fast-food poate atinge valori calorice de 500-800 kcal. O porție de mâncare sănătoasă, din alimente naturale, integrale, are circa 150-200 kcal). Poate din cauza asta bunicii noștri erau longevivi. La noi, nu se pune problema... Noi suntem tot timpul agitați, în criză de timp, stresați și tentați să obținem confortul absolut cu minimum de efort. Sport? Doar la televizor sau pe computer, în rest, sedentarism cât cuprinde...

Astăzi nu ne mai dorim să facem niciun fel de efort fizic, ca urmare obezitatea la copii și adulți a devenit epidemică, de aici apărând diabetul de tip 2 și bolile cardiovasculare. Nu mai acordăm nicio importanță orelor de masă și modului în care mâncăm; consumăm alimentele haotic (pe stradă, în autobuz, privind la televizor, în fața computerului), sărim de regulă peste micul dejun, mâncăm seara nu numai excesiv, dar și mâncăruri grele; consumăm unele alimente doar pentru că sunt ieftine, ne gâdilă papilele sau din curiozitate, chiar fără să ne fie foame sau sete. Nu conștientizăm faptul că alimentele industriale creează dependență asadar consumăm alimente devitalizate, dezechilibrate nutrițional, industrializate, cu multe calorii, pline de chimicale, în proporții tot mai mari. Consumăm excesiv băuturi alcoolice de proveniență îndoiește; înlocuim apa cu bere, lapte, băuturi răcoritoare sau energizante, cafea etc.), ignorând faptul că apa nu poate fi înlocuită în niciun fel, aşa cum laptele matern nu poate fi înlocuit cu nimic.

Mai e de adăugat ceva? A, ar mai fi. Prăjim în exces, în uleiuri nerezistente la temperatură – astfel, alimentele pe care le prăjim se contaminează cu substanțe neurotoxice și cancerigene; utilizăm cuptorul cu microunde la încălzirea sau

prepararea alimentelor; consumăm prea puține fructe și legume proaspete de sezon, prea puține alimente integrale nerafinate, prea puține fibre alimentare și nu ne odihnim suficient.

Și tot ar mai fi ceva de adăugat. Ar trebui să conștientizăm că suntem într-un mare pericol. Că este posibil și de nedorit ca, în tot mai dese cazuri, să ne moară copiii înainte de vreme. Așadar, nouă, adulților, ne revine responsabilitatea de a încerca măcar un nou stil de viață. Acela cu care bunicii, la vremea lor, se mândreau. Este stilul de viață care a inspirat cele mai frumoase „amintiri din copilărie”, cele mai interesante aventuri ale lui Mark Twain și multe alte povesti. Haideți să ne întoarcem, atât cât se mai poate, în acea lume de basm și, poate, cine știe, vom putea crea un scenariu pentru poveste reală. Părăsimu-ne tradițiile și adoptând un stil de viață străin nouă, ne-am pierdut o parte din identitatea noastră, din cultura și credința care au dat acestui popor.

Trebuie să avem voință și înțelepciunea de a ne întoarce, măcar parțial, la obiceiurile de viață și alimentație tradiționale ale străbunilor noștri, pentru a ne cruța atât sănătatea noastră, cât mai ales pe cea a copiilor noștri.

Mihaela Răducanu
instructor fitness și culturism

Actualități în tratamentul bolii Parkinson

Boala Parkinson este una dintre bolile neurodegenerative care afectează aproximativ 0,3% din populația globalului, procentaj în creștere îngrijorătoare la persoanele de peste 60 ani. Alături de semnele clinice motorii clasice (tremur, bradikinezie, rigiditate, instabilitate posturală), în ultimii ani se discută mult despre semne nonmotorii care includ durerea, tulburările sistemului autonom, tulburări senzoriale, tulburări de somn, depresia, demența.

Considerată inițial ca fiind determinată exclusiv de degenerarea neuronilor dopaminergici din substanța neagră, simptomatologia bolii Parkinson este astăzi legată și de alterări ale neuronilor colinergici din nucleul lui Meynert, ale neuronilor noradrenergici din locus coeruleus sau neuronii serotonergici, neuronii din cortexul cerebral, măduva spinării și din SN autonom.

Cercetări recente sugerează apariția semnelor nondopaminergice, cum sunt hiposmia sau tulburări gastrointestinale (constipația), cu ani de zile înaintea apariției semnelor motorii.

Diagnosticul bolii Parkinson

Acesta este posibil în faza paraclinică (clinic, neuroimaging). Terapia bolii Parkinson se adresează etiopatogeniei, simptomatologiei motorii și nonmotorii.

Cauze multiple (genetice, inflamatorii, toxice)

Sunt considerate a declanșa boala Parkinson. Înțelegerea mecanismelor patogenice (apoptoza, disfuncția mitocondrială, implicarea canalelor de calciu și sodiu, stresul preteoly-

tic) au condus la studierea unor agenți care ar putea interfera cu aceste mecanisme și ar avea **rol neuroprotector**.

Selegilina, Coenzima Q10, agonistii dopaminergici (Pramipexol, Ropinirol), mai nou Rosagilina, au fost substanțe folosite în studii largi, fiind considerate substanțe cu rol posibil antiapoptotic, neuroprotector.

Tratamentul simptomatic

În tratamentul simptomatic, Levodopa este cel mai important medicament; până în prezent nu a putut fi înlocuit cu niciun alt tip de terapie farmacologică sau nonfarmacologică. Beneficiile sale există în toate stadiile de boală, asupra motricității, în special, dar nu numai. Administrată în combinație cu un inhibitor de decarboxilază pentru prevenirea efectelor adverse (greață, vomă, hipotensiune ortostatică), există sub di-

ferite forme, se administrează pe stomacul gol, în doze crescând până la 1200 mg/zi, doză maximă.

Tratamentul cronic cu Levodopa este asociat cu tulburări motorii, diskinezii și fluctuații motorii (on, off, wearing-off).

Agoniștii dopaminergici (AD) ar fi soluția acestor tulburări motorii. Ei reprezintă o clasă terapeutică cu mecanisme de acțiune specifice asupra receptorilor dopaminergici.

AD sunt indicați și folosiți în stadiile incipiente ale bolii Parkinson, singuri sau în combinație cu Levodopa, în stadiile avansate ale bolii reducând riscul apariției complicațiilor motorii induse de Levodopa.

În prezent, cei mai folosiți agoniști dopaminergici sunt: Pramipexolul, Ropinirolul și mai recent Rotigotina plasture. Apomorfina este folosită în unele țări în tratamentul complicațiilor motorii avansate, beneficiind de administrare subcutanată, intramuscular, oral, rectal.

Pentru a crește timpul de înjumătățire al Levodopei și a-i mări eficiența, s-au introdus inhibitorii COMT-B (Entacapone).

O combinație de Carbido-pa/Levodopa plus 200 mg Entacapone (Stalevo) ar prezenta avantajul existenței acestor substanțe într-o singură pilulă; studiile indică ameliorarea funcțiilor motorii cu creșterea perioadei "on" și creșterea calității vieții celor care îl folosesc.

Rasagilina, administrată singură la debutul bolii, întâr-

zie progresia acesteia, iar în asociere cu Levodopa reduce fenomenul off și permite menținerea unor doze mici de Levodopa; ar avea și efect neuro-protector, întârziind progresia bolii.

Amantadina, un agent anti-viral, este benefic în tratamentul diskineziei induse de terapia cu levodopa.

Tratamentul chirurgical

Se adresează pacienților care nu răspund la terapia medicamenteasă. Procedurile ablative folosite la început (1990) au fost înlocuite de introducerea DBS (deep brain stimulation) folosit și astăzi.

DBS este folosită din 1993; peste 100.000 pacienți cu boala Parkinson care nu mai răspund la medicație au beneficiat de această procedură neurochirurgicală.

Prin DBS înțelegem stimularea electrică (asemănător pacemakerului cardiac) prin implantarea stereotaxică a unor electrozi în nucleul subtalamic și globus palidus.

DBS este indicat pacienților cu boala Parkinson avansată, cu un răspuns cert la Levodopa, a căror medicație nu mai controlează suficient simptomatologia, pacienți fără demență sau depresie.

DBS poate crește semnificativ perioadele "on" și reduce diskinezia determinată de Levodopa.

O alternativă neinvazivă actuală pentru cazurile de BP

avansată cu complicații motorii este infuzia continuă de levodopa sau agoniști (apomorfina).

Sistemul Duodopa, infuzia intestinală, aplicat și în România utilizează un gel introdus intraintestinal prin montarea unui cateter.

Beneficiile infuziei continue cu dopamina sunt comparabile cu cele produse de DBS.

Strategiile de transplant

Terapia cu celule stem, ca și terapia genetică, au creat entuziasm în rândul cercetătorilor și al pacienților. Studiile nu au demonstrat beneficii semnificative față de placebo.

Sимптоматология nonmotorie (деменция, тулбурările SN autonom, instabilitate posturală, тулбурările de somn, depresia, тулбурările senzoriale) beneficiază în prezent de o atenție specială din partea specialiștilor.

Demența produce alterarea vieții în fazele avansate ale BP și are tratament specific, Rivastigmina fiind substanța de electricitate în aceste cazuri.

Terapiile alternative (dieta, educația, exercițiile fizice, suportul emoțional) trebuie menționate, contribuind la ameliorarea și întârzierea simptomatologiei în boala Parkinson.

Dr. Ruxandra Cocea,
Medic Primar Specialist
în Neurologie – Homeopatie
– Neurosonologie
Centrul Medical Doctor Luca

Demențele Temutele afecțiuni ale vârstei a 3-a

Demențele reprezintă unele dintre cele mai temute afecțiuni ale vârstei a treia și totodată unele dintre cele mai devastatoare prin suferința și disfuncția pe care o creează pacienților. Demențele se asociază nu doar cu tulburări cognitive și de autoîngrijire, ci și cu simptome noncognitive psihiatrice și comportamentale. Mai mult de 90% din aceste cazuri sunt reprezentate de boala Alzheimer, demența vasculară, demența cu corpi Lewy și alte demențe degenerative. Se estimează că prevalența lor va atinge curând proporții epidemice, în primul rând datorită îmbătrânirii populației.

Deși atenția specialiștilor s-a îndreptat în primul rând asupra tulburărilor cognitive ca principală țintă a farmacoterapiei, tulburările de comportament sunt într-o măsură mult mai mare, cauze de morbiditate, fiind totodată mai abordabile din punct de vedere terapeutic. Prin acțiunile lor, pacienții cu demență și probleme comportamentale se pot pune în pericol pe ei însăși și pe cei din jur și creează un stres suplimentar membrilor familiei și îngrijitorilor, astfel încât se ajunge de multe ori la perturbări semnificative ale re-

lațiilor familiale și sociale. Tulburările de comportament sunt adesea motive de internare a bolnavilor în spital sau de instituționalizare pe termen lung, astfel încât recunoașterea lor precoce și tratamentul prompt recomandat de medicul specialist sunt esențiale pentru ameliorarea calității vieții pacienților și familiilor acestora.

Cauze

Un element cheie îl constituie identificarea posibilelor cauze ale acestor simptome, precum afecțiunile comorbide, terapia



Prevenire

Multe comportamente nedorite pot fi prevenite prin evitarea administrării de medicamente inadecvate și prin educarea pacientului, a familiei, îngrijitorilor

și specialiștilor. De asemenea, spitalizarea se poate evita iar instituționalizarea se poate amâna ca urmare a recunoașterii și abordării terapeutice precoce a tulburărilor de comportament.



polimedicamenteasă, durerea, nevoie personale, factorii de mediu etc. Multe manifestări comportamentale precum rătăcirea pe străzi sau ascunderea lucrurilor în casă nu se pretează la farmacoterapie, intervențiile non-farmacologice având un rol principal în managementul tulburărilor de comportament.

Reușita intervențiilor farmacologice depinde de identificarea corectă a unor sindroame specifice precum depresie-anxietate sau psihoză și de severitatea simptomatologiei. Răspunsul la tratamentul medicamentos este de regulă modest, dar se poate asocia cu o diminuare semnificativă a simptomelor.

Incidență și prevalență

Tulburările de comportament se întâlnesc la până la 75% dintre pacienții instituționalizați; din acești 75%, cei mai mulți au demență și mai mult de jumătate prezintă cel puțin două tipuri de comportamente-problemă. Agresivitatea verbală/amenințările (54%) și agresivitatea fizică/agitația reprezintă cele mai frecvente tulburări non-cogniti-

ve la pacienții cu boala Alzheimer, prevalența crescută a acestor comportamente subliniind importanța pe care ele o au atât pentru familie și îngrijitori cât și pentru specialiști. Comportamentele nedorite apar pe întreg parcursul bolii, indiferent de gradul de afectare cognitivă.

Alte manifestări precum tulburările de somn (38%), neliniștea (38%) și vagabondajul (30%) sunt de asemenea destul de frecvente. Ideile delirante (30%), halucinațiile (24%) și depresia (30%) reprezintă sindroame psihiatric majore care pot sta la baza multor tulburări de comportament.

Manifestările verbale non-agresive apar cel mai adesea în demență cu grad moderat de severitate, când abilitățile verbale sunt încă păstrate, dar nu mai pot fi folosite adecvat și eficient. În demență severă însă, dată fiind pierderea aproape completă a capacitatii de comunicare verbală, comportamentele agresive tind să devină mai frecvente.

Dr.Letiția Dobranici
Medic Specialist Psihiatru
Policlinica CF 2 București
Lector Univ. Drd

Managementul Epilepsiei

Managementul epilepsiei înseamnă mai mult decât respectarea medicației prescrise de medicul specialist. Este important, de asemenea, ca pacientul să-și mențină starea generală de sănătate, să-și monitorizeze simptomele epilepsiei și răspunsul la tratament și să aibă grijă de siguranța sa. Implicarea în managementul propriei afecțiuni îl poate ajuta pe pacient să-și controleze boala și să-și continue viața într-o manieră normală. Obiectivul tratamentului anti-epileptic este reducerea la zero a crizelor epileptice fără a avea efecte secundare intolerabile, iar acest obiectiv poate fi obținut pentru majoritatea pacienților.

Aproape 7 din 10 pacienți cu epilepsie pot avea o perioadă fără crize de cel puțin un an cu prima medicație [1], însă pentru a reuși este nevoie de un parteneriat între pacient și medicul specialist neurolog. Nici cel mai atent și amănunțit consult de specialitate nu poate detecta toate problemele posibile legate de medicație și simptomatoologie. Concluziile medicului neurolog depind de informațiile primite de la pacient despre starea sa generală, numărul de crize epileptice avute și modul în care acesta este afectat de tratament.

O metodă simplă pentru a-i putea transmite medicului toate informațiile necesare o constituie completarea unui jurnal de epilepsie în care să se noteze datele și numărul crizelor epileptice, factorii declanșatori și efectele secundare ale medicamentelor.

Astfel, informațiile vor fi disponibile pentru a fi consultate de medicul curant la următoarea vizită. Trebuie discutate cu medicul specialist evenimentele importante consemnate în jurnal, precum și opțiunile disponibile pentru un management mai bun al epilepsiei. Desigur, nu există garanția unui succes imediat, pentru că fiecare pacient are propriul sau răspuns la tratament, care poate fi diferit față de cel al altor persoane, însă este posibil ca, prin optimizarea managementului epilepsiei, crizele să fie stopate în totalitate.

Iată și alte câteva sfaturi care îi pot ajuta pe pacienții cu epilepsie:

- Urmăriți modul în care vă afectează tratamentul! Este util

să notați într-un jurnal posibilele efecte adverse ale medicamentelor. Medicul specialist va adapta tratamentul la nevoile personale ale pacientului.

Notăți-vă factorii care au declanșat crizele epileptice!

Între cei mai întâlniți factorii declanșatori ai crizelor se numără stresul, oboseala, consumul de alcool și uneori schimbările hormonale la femei. Discutarea cu medicul specialist vă poate ajuta să evitați în viitor declanșarea crizelor epileptice.

Pregătiți-vă pentru vizita la medic!

Fiți pregătit pentru a discuta cu el toate detaliile necesare! Completarea unui jurnal de epilepsie poate fi foarte utilă pentru evaluarea făcută de medicul specialist.

- Mergeți la medic dacă observați orice modificare a simptomelor sau dacă remarcăți modificări ale stării emoționale! De exemplu, o perioadă stresantă la serviciu sau un tratament pentru o altă afecțiune ar putea afecta statusul bolii sau eficacitatea tratamentului.

Sursa: livebeyondepilepsy.com



Conferința ORL Pediatrie

Poiana Brașov
12-14 septembrie 2013



Organizator Conferință:

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE OTORINOLARINGOLOGIE PEDIATRICĂ

Persoana de contact:

Conf. dr. Gheorghe Dan Cristian (gheorghe.dancristian@gmail.com)

Agentul oficial al Conferinței:

ROMANIA TRAVEL PLUS

Str. Tudor Ștefan nr. 56, sector 1, București (cod 011658)

tel: 004/021 230 42 82; fax: 004/021 230 50 42

Persoana de contact pentru înregistrări și cazări: Ioana Lăzărescu

ioana@rotravelplus.com

Persoana de contact pentru sponsori: Mihaela Agaficioae

mihaela@rotravelplus.com

Site-uri conferință: www.rotravelplus.com/ORLpediatrie2013

www.orl.org.ro

Date de reținut:

Data limită de trimitere a rezumatelor: **15 mai 2013**

Înregistrarea și achitarea taxei reduse: **15 iunie 2013**

Înregistrarea și achitarea taxei pentru asigurarea mapei conferinței:

15 august 2013

Data limită pentru rezervarea cazării: **15 august 2013**



Al XX-lea CONGRES NAȚIONAL DE REUMATOLOGIE

www.srreumatologie.ro

BIBLIOTECĂ
NAȚIONALĂ
A ROMÂNIEI

25-28 septembrie 2013
București

Secretariat organizatoric:

Elia Congress&Events

Tel: 021.3156511, Fax: 021.3156537

Persoane de contact:

Ana Maria Chiriac (ana.chiriac@eltel.ro) - 0748100281

Iosif Sandu (iosif.sandu@eltel.ro) - 0742355779

