169

FIN WATCH

săptămâna MEDICALĂ

Anul IX ▪ Nr. 169 ▪ Septembrie 2013

+8 pagini

Stomatologia modernă

Vitamine importante pentru școlari

pag. 14

DIN SUMAR

Cum îmi aleg medicul stomatolog? 36

Albirea profesională a dinților 38

Sângerarea gingivală 39

Alergiile la copii Pag 6

Despre stres și sindromul de oboseală cronică Pag 26

Supervizarea Audioprotezării Pag 34

CLINICA ALCOR®
WWW.CLINICAALCOR.RO

Clinica Alcor este un centru oftalmologic specializat şi dedicat excelenţei în oftalmologie

Echipa de profesioniști Alcor practică o medicină modernă și inovatoare folosind o tehnică chirurgicală ultramodernă de înaltă performanță pentru o recuperare rapidă și în condiții de maximă siguranță și confort.

Competența, atitudinea dedicată, reprezintă tradiția echipei medicilor Alcor de a-și respecta pacienții oferindu-le servicii medicale de valoare.

Primul pas pentru o medicină modernă este identificarea riguroasă a nevoilor pacienților, iar diagnosticarea corectă conduce la o relație de încredere medic – pacient, esențială.

CEL MAI RAPID MOD DE A SCĂPA DE OCHELARI ÎN NUMAI CÂTEVA SECUNDE

Începând cu luna mai 2013, în cadrul clinicii Alcor beneficiaţi de operaţii de chirurgie refractivă cu ajutorul celei mai performante tehnologii de la nivel mondial: **UNIC ÎN ROMÂNIA** - suita refractivă formată din **laserul femtosecundă WaveLight® FS200 și laserul excimer WaveLight® EX500**

Laserul femtosecundă WaveLight® FS200: crează un flap de 9mm în numai 6 secunde

- **Precizie**: datorită vitezei mari a laserului, se folosește mai puţină energie pentru crearea flap-ului
- **Acurateţe**: centrare ajustabilă a flap-ului după aplicarea sucţiunii
- **Siguranţă**: creștere minimă a presiunii intraoculare în timpul sucţiunii

Laserul excimer WaveLight® EX500: cel mai rapid laser excimer la ora actuală (tratează o dioptrie de viciu de refracţie în 1.4 secunde)

Această tehnologie se adresează pacienţilor miopi, hipermetropi sau astigmaţi cu vârste cuprinse între 21 și 50 de ani. Tehnica este rapidă, se realizează sub anestezie topică (picături), beneficiile procedurii putându-se observa în numai câteva ore de la intervenţie.

Profesionalismul, implicarea, talentul și experienţa medicilor Alcor vă oferă o îngrijire corectă de înaltă calitate.

La clinica Alcor găsiţi chirurgi cu înaltă calificare și experienţă, cu foarte multe intervenţii chirurgicale efectuate (numai doctorul Călin Tătaru efectuează un număr de circa 2500 intervenţii chirurgicale pe an) recunoscuţi pentru implicarea în implementarea celor mai moderne tehnici chirurgicale pentru îmbunătăţirea calităţii vieţii pacienţilor.

Clinica Alcor ca și clinica soluţiilor refractive oferă cea mai bună soluţie pentru pacienţi cu vicii de refracţie extreme, miopie peste -10 dioptrii, hipermetropie și astigmatism peste 6 dioptrii prin implantarea cristalinelor Visian, cu o recuperare foarte bună a acuităţii vizuale.

Tot la clinica Alcor avem o soluţie și pentru persoanele de vârstă medie care își doresc independenţa faţă de ochelari prin implantarea cristalinelor multifocale.

Vă așteptăm la Alcor – clinica soluţiilor dumneavoastră refractive:

Programări la numărul de telefon: 021 326 80 14/15

Orar: Luni-Vineri 9:00 - 17:30; Sâmbătă 9:30 - 12:00

Adresa: B-dul Unirii 71, bl.G2C, Sector 3, Bucureşti 030836

www.clinicaalcor.ro • www.facebook.com/ClinicaAlcor

Trăiești mai bine, mai mult și îți rămân și bani

Numărul mediu al țigărilor fumate a crescut în ultima decadă de la de 10,9 la 12.5 țigări pe zi, chiar și dupa interzicerea fumatului în localurile publice. Efectele dramatice asupra sănătății nu le mai comentam aici dar și din punct de vedere financiar, fumatul înseamnă sinucidere, mai ales după cresterea accizelor. Pentru fiecare fumator o țigară și jumătate în plus pe zi înseamnă un consum anual suplimentar de cca 550 țigări, adică o cheltuială medie de 355 lei. Dacă din contră, un fumator ar reduce numărul de țigări la jumatate, ar economisi anual cca 2375 lei!

Aproape 2 milioane de români consumă alcool în exces (locul 3 în Europa!), mai mult cu 6% decât nivelul mediu în UE. Având în vedere că și la alcool acciza a tot crescut, estimăm că este loc și aici de o economie anuală de cca. 1450 lei, doar prin reducerea consumului pentru aducerea acestuia la media europeană.

Ajungem acum la consumul alimentar, principala cauză a obezității și a tot ce derivă de aici. În lume există peste un miliard de persoane adulte supraponderale. În Samoa (țară insulară din Pacific) obezii depășesc 75% (un adevarat fenomen), față de „doar" 30% în Statele Unite, țara cu cei mai mulți obezi dintre statele civilizate. Sunt circa 60 de milioane de persoane obeze în Europa. Luând în considerare că românii dau aproape jumătate din bani pe mâncare, înseamnă că ușor se pot economisi lunar 150 de lei prin reducerea excesului alimentar, cu avantaje în „îngrășarea" pușculiței cu cca 1800 lei anual.

În concluzie, reducând fumatul, consumul de băuturi alcoolice și excesul alimentar, făcând aceste mici sacrificii, vom respira mai ușor, vom gândi mai limpede, ne vom mișca mai în voie și vom face și o mică economie de 5625 lei pentru un concediu plăcut cu familia.

Călin Mărcușanu

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Alergia la polenuri de toamnă 4
Alergiile la copii 6
O armă contra infecțiilor pielii și a mucoaselor! 9
Vaccinuri gripale și vaccinarea antigripală 10
Evită problemele de sănătate ce apar odată cu revenirea la școală .. 12
Vitamine importante pentru școlari ... 14
Pierderea tranzitorie a vederii de cauză neurologică (II) 16
Glaucom cu unghi deschis, o boală înșelătoare? 18
Nistagmusul congenital 20
Bio-Active MC, produs japonez de excepție! 25
Despre stres și sindromul de oboseală cronică 26
Tehnici radiologice moderne de diagnosticare a scoliozei 30
Supervizarea Audioprotezării pediatrice: Aspecte Inovatoare (II) Microfoanele direcționale 34
Cum îmi aleg medicul stomatolog? .. 36
Probleme dentare frecvent întâlnite la copii 37
Albirea profesională a dinților 38
Sângerarea gingivală 39
Lipsa unui dinte - posibilitati de tratament 40

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

Alergia la polenuri de toamnă

Conferenţiar universitar ***Dr. Florin-Dan Popescu***

Șeful Disciplinei de Alergologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila" București, Șeful Clinicii de Alergologie, Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa" București, Vicepreședintele Societăţii Române de Alergologie și Imunologie Clinică

Afecţiunile alergice constituie o problemă de sănătate importantă în Europa, costurile de sănătate fiind semnificative. Unul din patru europeni prezintă la momentul actual o formă de alergie respiratorie și aproape șaptezeci de milioane de europeni suferă de rinită alergică.

Alergia la polen are o prevalenţă în creștere. Sursele de alergene aeropurtate (aeroalergene) cel mai frecvent implicate în alergia respiratorie sunt: acarienii din praful de casă, epiteliile animalelor de companie, gândacii de bucătărie, mucegaiurile și, nu în ultimul rând, polenurile de graminee, arbori timpurii și buruieni. Mulţi pacienţi prezintă sensibilizări multiple. Hipersensibilitatea alergică la polen, în special în forme moderat-severe, afectează semnificativ calitatea vieţii pacienţilor. Alergia la polen are în România caracter sezonier și se poate manifesta ca rinită alergică, conjunctivită alergică, rinoconjunctivită alergică sau astm alergic. Clasificarea modernă a afecţiunilor alergice respiratorii la polenuri conform recomandărilor internaţionale constă în diferenţierea acestora în forme intermitente și persistente.

În mod eronat, percepţia publicului larg și a mass-mediei legată de alergia la polen este deseori aceea că apare numai primăvara. Grăuncioarele de polen care produc alergii respiratorii sunt în marea lor majoritate cele de dimensiuni mici, care apaţin plantelor polenizate cu ajutorul vântului, în timp ce polenurile plantelor cu flori viu colorate, polenizate de insecte, sunt mai mari și mai grele, având importanţă redusă în polinoză. Sezoanele polenice în România debutează într-adevăr primăvara, dar se întind și pe perioada verii până toamna. Primăvara devreme este sezonul polenului de arbori și arbuști timpurii. De la sfârșitul primăverii până la mijlocul verii este sezonul polenului de graminee sălbatice (iarbă de gazon, iarba câmpului, firuţă, timoftică etc.) și de cultură (secară, ovăz, orz, grâu). În schimb, vara târziu până toamna este sezonul polenurilor de buruieni. Polenizarea acestor ierburi și contactul cu grăuncioarele de polen depind de tipul de plantă, cultivarea sau răspândirea ei salbatică, zona geografică, momentul zilei, altitudinea și curenţii de aer, temperatura și, nu în ultimul rând, precipitaţiile.

Polenurile de buruieni cu important rol alergizant sunt cel de pelinariţă (Artemisia vulgaris), iarba pârloagelor sau floarea pustei (Ambrosia artemisiifolia) și pătlagină îngustă (Plantago lanceolata), eliberate în cantităţi mari în special toamna. Buruienile sunt plante rezistente, răspândite pe terenurile lăsate în paragină, printre ruine și dărâmături, pe marginea drumurilor, pe locurile virane, în zone cu gunoaie, chiar și în regiuni cultivate cu alte plante sau în grădini neîngrijite.

Cantitatea de polen produsă de buruiana Ambrosia artemisiifolia crește în condiţiile unei atmosfere bogate în dioxid de carbon, iar poluarea amplifică alergenicitatea polenului. Spo-

rirea concentrației de dioxid de carbon induce de asemenea creșterea și expansiunea altor buruieni, precum Artemisia. Deci modificările de climă și vreme, precum și poluarea, au un impact important asupra alergiilor la polenuri de toamnă.

Datele unor studii personale au relevat faptul că în sudul României este importantă sensibilizarea la polenul de graminee, dar și de buruieni, aspect mai puțin cunoscut.

Rolul medicului specialist alergolog în asistența pacienților cu alergie la polenuri de toamnă este esențial, acesta va evalua pacienții și va realiza investigarea etiologică (a cauzei) prin teste cutanate alergologice in vivo și/sau teste de laborator in vitro.

Unii pacienți cu alergie respiratorie la polenuri de buruieni pot avea în plus riscuri de alergie orală sau chiar de anafilaxie la unele alergene alimentare prin reactivitate încrucișată (de exemplu, sindromul morcov-țelină-Artemisia-condimente, asocierea "pepene-banană-Ambrosia“ etc).

Tratamentul pacienților cu alergie la polenuri de toamnă cuprinde, pe lângă măsurile de profilaxie pentru reducerea expunerii la astfel de alergene aeropurtate (în măsura posibilităților), și tratament farmacologic (în funcție de tipul de alergie și severitatea ei, în special antihistaminice H1 orale nesedative, glucocorticosteroizi topici cu administrare intranazală, antileucotriene) și, în cazuri selecționate, imunoterapie specifică cu extracte alergenice standardizate (indicație de specialitate), încadrate într-un plan individualizat.

Alergiile la copii

Alergiile la copii sunt manifestări foarte frecvente, ar tebui să știm cum să le tratăm sau (mai bine) cum să le prevenim.

Conform DEX: „alergia este un mod special de a reacționa al organismului sub acțiunea unor microbi sau a unor substanțe străine introduse pe căi variate (digestivă, respiratorie, injecții etc.)" Alergia se poate manifesta sub mai multe forme: rinită alergică, astm bronșic, eczemă atopică, urticarii, boala serului, reacții anafilactice.

Există și un factor genetic care declanșează alergiile. Mai mult ca sigur că din doi părinți alergici, și copilul o să prezinte la un moment dat în viață alergii.

Cele mai frecvente alergii la copii sunt provocate de:

Polen - conduce la apariția rinitei alergice sezoniere, care se poate trata cu antihistaminice și picaturi de nas și ochi. Cu un copilul alergic la polen nu mergem in parc atunci când înfloresc teii și nu adunăm flori de câmp;

mucegai- să aerisim cât mai des locuința, curenții de aer nu lasă să se dezvolte mucegaiul, trebuie să avem grijă să nu fie aer cald și umed, care duce la apariția mucegaiului.

Părul de pisică sau câine - când copilul este alergic la animale de companie, sub nici o forma nu i se va lua un animal, cu excepția unor anumite rase care fie nu au păr deloc, fie nu lasă păr după ei, sunt hipoalergenici, dar tot ar fi bine ca animalul să nu aibă acces în dormitorul copilului;

Praful de casă. De fapt alergenii din praful de casă sunt reziduri-le provenite de la acarieni. Acarienii sunt din aceeași clasă cu paianjenii și căpușele, pot avea dimensiuni de ordin microscopic, și se află în covoare, carpete, într-o saltea de pat se pot gasi până la 100.000 acarieni. Trebuie să ștergem praful cât mai des, macar de două ori pe săptămână, să aspirăm în casă minim o data pe săptămână, recomandat ar fi să înlocuim covoarele cu gresie și parchet. Salteaua de pe pat ar trebui protejată cu o husa antialergeni, și așternuturile împreună cu husa ar trebui spălate săptămânal la temperaturi ridicate. Atenție să nu spălați salteaua patului cu apă multă deoarece exista riscul să nu se usuce suficient de bine și atunci atrage mai mulți acarieni, cărora le plac locurile umede și calde. Animalele de pluș acumulează foarte mulți acarieni, puneți-le săptămânal la congelator. Temperaturile sub -18 grade Celsius distrug acarienii. Atenție la plantele de apartament, nu sunt recomandate în camera copilului alergic la praf deoarece acumulează foarte mult praf pe frunze;

Alergiile alimentare

Printre cele mai frecvente sunt alergiile la ou, laptele de vacă, fructe de pădure, căpsune, arahide. Trebuie ca alimentația copilului să fie echilibrată, cu evitarea alimentului la care sunt alergici. Atenție! Dacă parinții sunt alergici nu înseamnă că și copiii au alergie exact la aceleași alimente. Totuși ar trebui să fim atenți și să încercăm să introducem alimentele respective când copilul e mai mare, nu cât e încă sugar. Am cunoștință de mămici care credeau că dacă le dau copiilor numai două căpșune, de poftă, nu pățesc nimic. Nu e adevărat! Copilului trebuie să i se explice că dacă mănâncă alimentele la care este alergic, în cel mai bun caz îi apar bubițe pe el, dar se poate să i se facă și să fie dus la spital, la urgențe. Nu trebuie speriat copilul, dar trebuie atenționat ca atunci când părintele nu e lângă el, la grădiniță sau la școală să știe să evite alimentele la care este alergic. La fel și personalul grădiniței, respectiv al școlii, ar trebui

anunţat să verifice meniul copilului la grădiniţă.

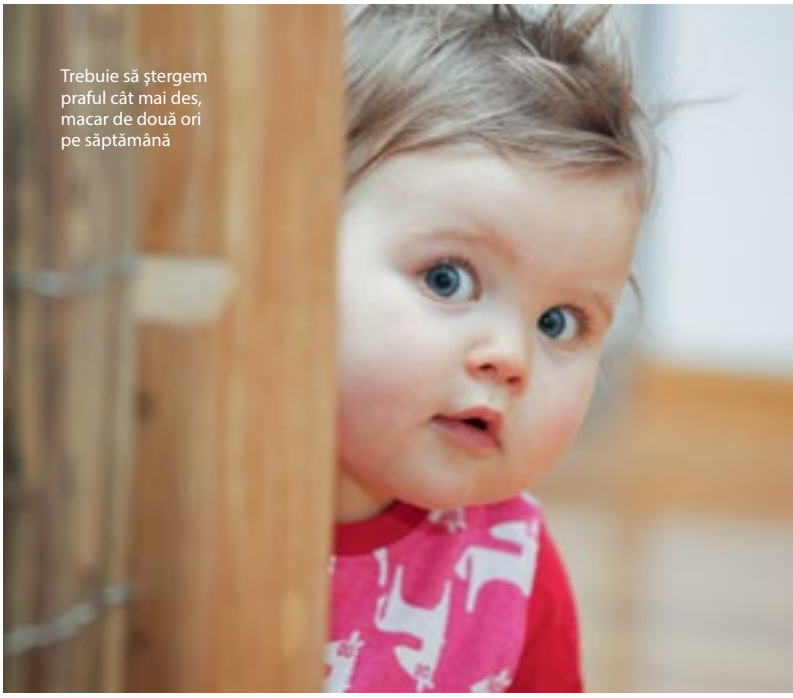
Bebeluşii sunt foarte atenţi la lumea din jurul lor. Dacă noi mâncăm ceva se uită insistent la noi, dar asta nu înseamnă că trebuie să îi dăm şi lui din mâncarea noastră. Îi dăm să mănânce mâncarea lui specială de bebeluş, aşa cum ne-am sfătuit cu medicul pediatru atunci când am început diversificarea hranei. Introducem fiecare aliment treptat, în cantitate mică, tocmai pentru a ne putea da seama în cazul unei alergii, la ce aliment e alergic bebeluşul.

Se întâmplă să mai apară la copiii mici, o alergie la lapte. Nu este vorba de intoleranţa la lactoză, ci despre o alergie care apare la proteinele din lapte de vacă. Foarte rar această alergie apare la copiii alăptaţi natural, de aceea e foarte important ca în momentul în care vrem să renunţăm la alăptat, dacă copilul are potenţial alergen, cu parinţi alergici, să trecem copilul pe o formulă de lapte praf hipoalergenică. Este exclus să dăm copilului lapte de vacă pana la vârsta de 2-3 ani. Am paciente care se plâng de diaree la copil, şi constat cu surprindere că deşi sub un an, copilul „consumă de mult lapte de vacă", iar când întreb dacă s-a consultat un pediatru înainte de a se introduce laptele de vacă, răspunsul este aproape mereu acelaşi: „şi eu am crescut cu lapte de vacă şi nu am păţit nimic". Indiferent dacă există sau nu potenţial alergen la copil, daca nu e alăptat natural, se va introduce o formulă de lapte praf, până cel puţin la vârsta de 2 ani;

- înţepăturile de insecte - sunt copii care la nivelul muşcăturilor prezintă inflamaţie puternică şi prurit intens. Acestea pot fi tratate cu un gel antialergic, sau cu o cremă mentolată care reduce senzaţia de mâncarime, dar ar fi bine să folosim un spray de protecţie în momentul în care mergem undeva unde există riscul muşcăturilor de insecte, aplicat funcţie de specificaţiile producătorului. Aceste sprayuri nu sunt de obicei indicate bebeluşilor. Majoritatea pătuţurilor pentru bebe au inclusă şi o plasă impotriva ţânţarilor;
- medicamente - trebuie avută grijă ca toată lumea care se ocupă de copil să ştie de existenţa acestei alergii pentru a se evita un accident. Se pot face şi determinări alergologice pentru a se vedea la ce clase de medicamente sunt prezente alergiile. Consultaţi un alergolog;
- produse cosmetice. Detergenţii folositi pentru îngrijirea copilului pot determina alergii la nivelul pielii. Ar trebui să încercaţi să folosiţi produse de îngrijire speciale pentru copilul cu alergii. În farmacii găsiţi produse dermatocosmetice concepute special pentru copii, detergenţi şi balsam de rufe pentru bebeluşi.

În concluzie, manifestările alergice sunt variate. Pot să apară şi probleme grave, de exemplu şocul anafilactic, şi de aceea ar trebui să avem grijă zilnic să protejăm copilul de alergeni prin metodele enumerate mai sus.

Farmacist
Alina Marcean



Trebuie să ştergem praful cât mai des, macar de două ori pe săptămână

Zâmbetul sănătos este la doar câțiva pași distanță

zâmbește România

Secretul unui zâmbet sănătos nu mai este de mult un secret. De fapt, este foarte simplu: tot ce trebuie să faci este să urmezi cei 4 pași esențiali care compun ritualul îngrijirii orale:

pasul 1

Periază-ți dinții de două ori pe zi

Cu toate acestea, nu te spăla imediat după expunerea smalțului dinților la acizii care se găsesc în unele alimente sau băuturi.

pasul 2

Ai grijă de dinții tăi și când ești în mișcare

Asigură-te că îți păstrezi obiceiurile sănătoase și atunci când ai o zi aglomerată sau când călătorești: mestecă gumă fără zahăr după orice masă sau gustare.

pasul 3

Mergi la medicul dentist în mod regulat

Este foarte important să mergi la un control stomatologic cel puțin o dată pe an. Astfel, medicul stomatolog va putea să identifice problemele de sănătate din timp.

pasul 4

Adoptă o dietă echilibrată și sănătoasă

Cea mai bună rețetă pentru dinți sănătoși este o dietă echilibrată! Mănâncă fructe și legume, dar evită expunerea îndelungată a dinților la substanțe acide, pentru a preveni eroziunea acidă.

WRIGLEY Oral Healthcare Program

Mănâncă BEI NESTECI Orbit

Importanța gumei de mestecat în igiena orală zilnică

După consumul de alimente sau băuturi, bacteriile din gură transformă zaharurile şi carbohidratii în acizi care dăunează sănătătii dinților. Energia care provine din zaharuri hrăneşte şi înmulteşte bacteriile, ducând la apariția plăcii dentare. În aceste condiții pH-ul scade iar pericolul apariției cariilor şi a gingivitei creşte.

Reechilibrarea pH-ului din gură devine necesară, iar consumul unei gume de mestecat fară zahăr, precum Orbit, este cea mai simplă şi la îndemână soluție atunci cand suntem în mişcare şi nu avem la îndemana periuța şi pasta de dinți.

Mecanismul prin care guma de mestecat acționează asupra resturilor alimentare care rămân în gură după ce consumăm alimente sau băuturi este unul pe cat de simplu, pe atât de eficient pentru sănătatea orală.

Odată ce începem să consumăm gumă de mestecat, fluxul de salivă creşte şi astfel împiedică acizii să-şi desfăşoare acțiunea nocivă asupra dinților şi gingiilor, reechilibrând pH-ul.

Zâmbetul este un simbol al bucuriei, al optimismului şi al încrederii în noi înşine, iar o igienă orală zilnică, completă şi corectă ne va ajuta să îl afişăm mai des.

Venind în întâmpinarea nevoilor consumatorilor, Orbit sprijină campania "Zambeste Romania" şi în anul 2013, alături de GlaxoSmithKline (GSK) Consumer Healthcare.

Scopul campaniei „Zâmbeşte România" este de a promova importanta sănătății orale şi de a încuraja prevenirea bolilor cauzate de lipsa igienei orale corecte în România.

Campania urmăreşte o abordare europeană comună, pentru a facilita accesul la educație şi la prevenție în vederea îmbunătățirii sănătății orale în rândul consumatorilor din România.

Mai multe informații despre campanie cât şi despre igiena orală pot fi accesate pe www.mestecaorbit.ro, www.zambesteromania.ro, www.facebook.com/zambesteromania şi www.facebook.com/orbitromania.

cu recomandarea AMSPPR
Asociația Medicilor Stomatologi cu Practica Privata din Romania
www.dentist.ro

Vaccinuri gripale și vaccinarea antigripală

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.

Importanța gripei în sănătatea publică

Gripa este o "problemă majoră de sănătate publică" (OMS) din cauza severității îmbolnăvirilor, dar, mai ales a manifestărilor epidemice anuale și a evoluției la intervale cuprinse între 9-39 de ani a unor epidemii planetare (pandemii) devastatoare. Efectele epidemiilor și pandemiilor nu pot fi controlate pe deplin, în ciuda existenței unor vaccinuri eficace, dar limitate la variantele circulante, și a unor medicamente antivirale, gripa fiind singura boală infecțioasă explozivă care poate afecta într-un interval relativ scurt un număr foarte mare de persoane. În afara efectelor medicale și demografice, gripa este o boală care atrage costuri foarte mari legate de perturbarea uneori majoră a tuturor activităților umane, ceea ce face ca această boală să fie asemuită cu calamitățile naturale sau cu conflagrațiile mondiale. După epidemiile majore, se instalează recesiuni economice severe care necesită eforturi deosebite de refacere, dar faptul cel mai important este numărul mare de decese care sunt irecuperabile. Circulația tot mai mare de persoane în toate „colțurile" globului crește „șansa" gripei de a se răspândi și de a afecta tot mai multe persoane. Virusul gripal este în prezent o mare provocare pentru cercetarea științifică, deoarece are calitatea schimbărilor dese și imprevizibile, depășind deocamdată capacitățile de control prin vaccin. Creșterea populației globului, care atrage după sine necesitatea asigurării unor cantități mari de hrană (cu referire specială la păsările domestice de carne și ouă), împreună cu schimbările climatice, defrișările masive și polua-

rea, au determinat o „presiune asupra virusurilor gripale“ ale păsărilor sălbatice care, prin mai multe modificări genetice, au devenit direct sau indirect ameninţări pentru sănătatea umană. Astfel, pe lângă forma sezonieră şi pandemică a gripei, a apărut şi forma aviară care are implicaţii majore medicale şi economice, dar şi un potenţial crescut pandemigen.

În contextul acestor ameninţări, s-a remarcat în ultimii ani o mobilizare fără precedent a specialiştilor, cercetătorilor şi autorităţilor de sănătate publică, pe fondul unei puternice susţineri financiare din partea guvernelor, organismelor internaţionale (ONU, OMS, FAO, OIE), uniunilor regionale (ex. Uniunea Europeană), Grupul G8, organizaţiilor oamenilor de afaceri, marilor companii (inclusiv farmaceutice), pentru dezvoltarea de vaccinuri performante şi antivirale eficace de care să beneficieze nemijlocit toate ţările lumii. S-au preparat în timp record vaccinuri aviare şi s-au constituit stocuri de vaccin prepandemic, ceea ce a dat omenirii siguranţa că efectele unei pandemii pot fi diminuate. Previziunile specialiştilor au fost confirmate de apariţia unui virus pandemic în anul 2009, altul decât cel aşteptat (H5N1), şi toate aşteptările privind severitatea şi impactul planetar al pandemiei au fost cu totul altele în raport cu evoluţia reală a pandemiei, ceea ce a arătat încă o dată că virusul gripal şi gripa sunt imprevizibile. Dar, evaluarea impactului pandemiei se va putea realiza în 1-2 ani de la sfârşitul acesteia, când se vor colecta toate datele necesare calculării ratelor de impact (rate de atac, mortalitate, complicaţii şi costurile sociale şi economice). Pandemia H1N1 din 2009 a conturat unele „lecţii“ pentru autorităţile de sănătate publică şi sistemele medicale de îngrijire a sănătăţii privind managementul bolnavilor, intervenţiile nefarmaceutice şi farmaceutice, cu referire în special la vaccinul pandemic (producţie, distribuţie, strategii). Se impune mai mult decât oricând dezvoltarea unor vaccinuri gripale preparate în timp optim pentru intervenţie, înalt protectoare, cu efecte secundare minime şi cu o administrare uşoară, acceptate larg de populaţie, dar şi strategii îmbunătăţite care să ajungă la „vaccinarea universală“ a populaţiei. În paralel, obţinerea unui vaccin „universal“ care să acopere toate subtipurile de virusuri gripale A şi toate variantele acestora a devenit o realitate care în prezent este ilustrată de trecerea de la studii nonclinice pe animale promiţătoare, la studii clinice de faza I pe oameni. Pe fondul acestor dezvoltări, gripa continuă anual să îmbolnăvească sute de milioane de persoane, să omoare între 500.000 şi 1 milion de oameni şi să producă pagube de miliarde de dolari.

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

Vizită de evaluare la Spitalul Clinic de Urgenţă „Marie Curie”

Experţi italieni de la Policlinico San Donato, Italia, au efectuat prima vizită de evaluare la Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii „Marie Curie” din Bucureşti.

În această perioadă a avut loc o serie de întrevederi între secretarul de stat dr.Raed Arafat, conducerea Spitalului „Marie Curie” din Bucureşti şi expertii italieni.

Evaluarea a avut ca scop stabilirea necesarului pentru demararea primelor intervenţii cardiovasculare la copii în cadrul Spitalului “Marie Curie”, sub coordonarea specialiştilor italieni. O prima misiune va avea loc lin cursul lunii septembrie.

De asemenea, specialiştii italieni s-au intâlnit şi cu o serie de candidaţi care urmează să parcurgă un program de instruire în Italia.

Acest program pregăteşte viitori medici chirurgi şi anestezişti, asistenţi medicali pentru sala de operaţie şi terapie intensivă precum şi tehnicieni în circulaţie extracorporală.

Ministerul Sănătăţii a lansat un anunţ pentru medicii de specialitate chirurgie cardiovasculară precum şi pentru medicii specialişti în anestezie-terapie intensivă în vederea trimiterii lor într-un program de formare în Italia, finanţat de statul român.

Primul grup, format din asistenţi medicali pentru sală şi terapie intensivă şi tehnicieni în circulaţie extracorporală a plecat la pregătire în luna august.

Vizitele specialiştilor italieni vor continua şi în perioada următoare, în scopul selectării personalului medical, precum şi pentru pregătirea cadrului de desfăşurare a primelor operaţii la Spitalul „Marie Curie” din Bucureşti.

Evită problemele de sănătate ce apar odată cu revenirea la școală

Revenirea copiilor la școală reprezintă pentru mulți părinți un motiv de îngrijorare, aceștia fiind nevoiți să se confrunte din nou cu problemele de sănătate pe care cei mici le „colecționează" din mediul aglomerat al sălilor de clasă.

După cum bine știm copiii sunt un magnet pentru boli, atât din cauza faptului că sistemul lor imunitar nu este încă complet dezvoltat cât și datorită obiceiurilor lor de a atinge orice și pe oricine și de a-și ține mâinile în zona feței, în gură.

Vom vedea în continuare care sunt zonele fierbinți din școală și cum îi putem pregăti pe copii pentru a face față problemelor de sănătate.

Dacă ați fi întrebați care este cel mai murdar loc dintr-o școală, cu cel mai mare număr de microbi, majoritatea ați răspunde probabil toaleta. Experții spulberă însă acest mit, explicând că toaletele sunt curățate des cu substanțe dezinfectante puternice, iar numărul de microbi este scăzut.

Cea mai „periculoasă" zonă este cea în care copiii beau apă - țâșnitoare, chiuvetă. Dezinfectarea se face mult mai rar, locul este unul foarte frecventat, iar cei mici își pun mâinile sau gura pe diferitele suprafețe din jur, ingerând cu ușurință bacteriile. O soluție este să îi învățăm pe copii să lase apa să curgă câteva secunde înainte să bea, sau să își aducă propria sticlă de apă la școală din care să consume doar ei.

Alte locuri în care microbii se regăsesc în număr mare sunt mesele din clasă, tăvile de mâncare (în școlile unde există cantină), tastatura și mouse-ul din laboratoarele de informatică.

De asemenea, locuri inițial curate devin rapid surse de infecție în cursul zilei. În cadrul unor teste într-o sală de clasă, viruși ce cauzează răceala au fost depistați de dimineață pe doar 13% din suprafețe, cifrele crescând însă la peste 50% după-amiaza. Acest lucru demonstrează importanța dezinfectării zilnice a mediului în care stau copiii.

Sfaturi pentru protecție

O educație potrivită este esențială pentru a-i proteja pe copii pe termen lung.

Puteți începe cu spălatul pe mâini, care potrivit studiilor este practicat corect de doar 5% din populație. Pentru a îndepărta microbii trebuie să folosim neapărat săpun sau o altă substanță dezinfectantă și să frecăm mâinile 15-20 de secunde. Îi puteți învăța pe cei mici să numere până la 20 la fiecare spălare pe mâini pentru a deprinde corect această practică.

Circa 80% dintre bolile infecțioase se transmit prin atingere, astfel încât o igienă corectă joacă un rol extrem de important.

Pentru momentele în care nu au acces la un robinet, îi puteți echipa pe micuți cu un gel antibacterian sau cu șervețele umede dezinfectante, care pot fi folosite și pentru a-și curăța banca.

Extrem de importante pentru sănătate sunt și un somn adecvat (10-11 ore pentru școlari), o alimentație echilibrată, bogată în vitamine și un program zilnic de mișcare.

Trebuie să fim atenți să nu cădem într-o altă extremă, făcându-i pe copii să se teamă excesiv de microbi sau restricționându-le interacțiunea cu lumea din jur. Contactul celor mici cu bacteriile este esențial pentru ca aceștia să-și dezvolte un sistem imunitar puternic, capabil să facă față unei largi palete de amenințări.

Mariana Bronț,
Asistent de farmacie Farmacia 3
www.farmacia3.ro

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 Ştefan nr. 56, sector 1, Bucureşti (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 Agaficioaie**
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**

Vitamine importante pentru școlari

Cei mici se pregătesc pentru un nou an școlar, în care dezvoltarea intelectuală trebuie să fie completată de o dezvoltare fizică armonioasă. O nutriție echilibrată ce asigură un aport adecvat de vitamine și minerale este esențială în acest sens.

Din păcate nu toți copiii reușesc să își acopere necesarul de vitamine din alimentația zilnică, astfel încât un medic pediatru poate recomanda o serie de suplimente care să le garanteze o creștere sănătoasă. Vom vedea în continuare care sunt vitaminele și mineralele esențiale pentru un școlar aflat în plină dezvoltare.

Vitamina D

Probabil de la nașterea copilului ai fost bombardată cu sfaturi legate de importanța vitaminei D, atât pentru formarea unor oase puternice cât și pentru absorbția calciului, o bună funcționare a inimii și protecția împotriva unei largi palete de afecțiuni.

Doza recomandată de vitamina D pentru copiii cu vârste între 1 și 13 ani este de 4-600 UI (unități internaționale) pe zi, însă din păcate studiile arată că mulți micuți nu reușesc să-și asigure această cantitate.

Surse importante de vitamina D sunt: alimentele (gălbenuș de ou, lapte fortificat, pește, unt, ficat), expunerea la soare sau diferitele suplimente. Se recomandă combinația de Calciu și vitamina D.

Vitamina A

Este o vitamină care se regăsește în multe alimente și joacă un rol extrem de important în sănătatea ochilor, a oaselor, dinților și pentru buna funcționare a sistemului imunitar. Copiii cu vârste între 4 și 8 ani ar trebui să consume doze de 400 RAE pe zi, iar cei între 9 și 13 ani au nevoie de o doză puțin mai mare, de 600 RAE.

Surse de vitamina A sunt legumele și fructele galbene (morcovi, caise, mango), spanacul, laptele, brânza sau ficatul.

Atenție, suplimentarea în exces poate cauza probleme serioase de sănătate. Se administrează numai la recomandarea medicului sau farmacistului!

Vitamina C

Chiar dacă beneficiile pe care le are în tratarea răcelilor rămân controversate, vitamina C este esențială în formarea unui țesut conjunctiv, muscular și epitelial sănătos, în vindecarea rănilor și creșterea rezistenței la infecții.

Copiii între 4 și 8 ani ar trebui să consume 25 mg per zi, iar cei între 9 și 13 ani 45 mg.

În alimente, regăsim vitamina C în citrice, fructe de pă-

dure (în special coacăze negre), broccoli, ardei gras sau tomate.

Fierul

Fierul joacă un rol central în perioadele de creştere rapidă, contribuind la producţia de sânge şi ţesut muscular. Deficienţele sunt mult mai uşor de observat în perioada adolescenţei şi includ stări de slăbiciune, iritabilitate, depresie şi o scădere a imunităţii. Fetele trebuie să fie şi mai atente la aportul suficient de fier după începerea menstruaţiei.

Cele mai bune surse de fier sunt fasolea, carnea de vită şi porc, şi organele, în special ficatul, spanacul sau prunele.

Vitaminele B

Complexul de vitamine B include o serie de vitamine esenţiale în majoritatea proceselor metabolice. Aici regăsim un grup de 15 vitamine printre care cele mai cunoscute sunt vitaminele B1 şi B2 (tiamina şi riboflavina), vitamina B6, extrem de importantă pentru sistemul nervos, sau vitamina B9 (acidul folic), recomandat în perioada sarcinii, cu un rol în formarea hematiilor. Se regăsesc în carne şi organe (ficat), peşte, lapte, ouă, soia sau cereale integrale.

Înainte de a suplimenta alimentaţia copilului cu diferite multivitamine este recomandat să consultaţi medicul pediatru, care vă va îndruma spre cele mai bune produse şi vă va permite să evitaţi eventualele probleme cu supradozarea.

Lidia Trifan,
Asistent de farmacie Farmacia 3
www.farmacia3.ro

Pierderea tranzitorie a vederii de cauză neurologică (II)

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

Hipoperfuzia oculară

Stenoza carotidiană semnificativă hemodinamic poate determina scăderea acută a vederii ipsilateral stenozei, mai ales după expunere la lumină puternică. Se explică prin incapacitatea circulației oculare de graniță de a susține activitatea metabolică intensă a retinei, în cazul expunerii la lumină puternică.

Stenozele carotidiene între 70-99% determină o pierdere a acuității vizuale de 1-10 minute. De asemeni ocluzia carotidiană sau disecția pot fi insoțite de scăderea vederii. În cazul ocluziei pot apare peste 10 episoade de scădere a vederii. În cazul disecției scăderea vederii se însoțește uneori de durere oculară, sindrom Horner, fiind influentata de modificarea posturii. Pierderea vederii postprandial poate fi un simptom al stenozei semnificative carotidiene, prin hipoperfuzie retiniană și coroidală coroborat cu fenomene de furt mezenteric, scăderea fracției de ejecție ventriculară și disfuncție vasomotorie.

Sindromul de ischemie oculară determinat de hipoperfuzia oculară se însoțește de pierderea tranzitorie a vederii, însoțită de disconfort ocular sau durere orbitară și a hemifeței superior, care cedează în clinostatism. Apare în ateromatoza carotidiană și afecțiuni ale arterei oftalmice.

Retinopatia de stază venoasă apare în ocluzia de arteră carotidă sau oftalmică. Pierderea vederii se însoțește de infarcte retiniene, semne de obstrucție a aa ciliare, paloarea discului și hipotonie. Poate fi dificil de diferențiat de ocluzia venei centrale a retinei. Oftalmodinamometria evidențiază scăderea presiunii în artera retinei.

Alte cauze mai rare de ischemie oculară sau retinopatie de stază venoasă pot fi : boala Horton, Takayasu, disecția carotidiană, tromboza de sinus cavernos, displazia fibromusculară, mucormicoza, zoster oftalmic, vasospasm, fenomene de furt vascular după ligatura arterei carotide externe, în malformatii arteriovenoase maxilofaciale.

Afectarea ACI are grade variate. De obicei pacienții sub 50 ani nu au leziuni operabile carotidiene, nici suflu carotidian și nici emboli de colesterol decelabili la fundul de ochi. Statisticile arată că 85% din pacienții cu ocluzie a arterei centrale a retinei (ACR) sau a ramurilor ACR prezintă anomalii ale ACI – ocluzie sau stenoze severe, plăci ulcerate, evidențiabile la examinarea echodoppler sau angiografică.

Stenozele carotidiene între 70-99% trebuie operate. Endarterectomia se va efectua intr-un centru cu mortalitate și morbiditate perioperatorie de ≤ 2% conform studiului NASCET. Astfel riscul de stroke ipsilateral la 2 ani scade de la 26% la 9%. Beneficiul este cu atât mai mare cu cât stenoza e mai strânsă. Totuși restabilirea circulației în carotida afectată

prin endarterectomie sau stent poate duce la disfuncţii vizuale datorate îmbunătăţirii perfuziei în aa ciliare şi creşterii dramatice a presiunii intraoculare.

Ocluzia arterei centrale a retinei (ACR) e caracterizată de orbirea bruscă cu pierderea persistentă a acuităţii vizuale. Retina rezistă la ischemie şi anoxie aproximativ 3-5 minute. Oprirea fluxului sanguin pentru o durată mai mare de timp duce la imposibilitatea recuperării vederii. Modificările oftalmoscopice sunt specifice la 1-2 h de la debutul ocluziei. Durerea oculară e atipică dar, când este prezentă, sugerează ocluzia arterei oftalmice.

Ocluzia unuia din cele 4 ramuri principale ale arterei centrale retiniene (ACR) determină scăderea acuităţii vizuale (AV) mai ales dacă este interesat ramul temporal superior. Apare o amputare a câmpului vizual în cadran. Măsurile terapeutice nu au o eficacitate dovedită. Prognosticul este rezervat: 58% rămân fără vedere la ochiul afectat şi 21% au o acuitate mulţumitoare.

Obstrucţia venei centrale a retinei e de un dramatism mai redus decât acela al obstrucţiei ACR. Accidentul acut se instalează într-o perioadă mai lungă de timp (câteva ore), putând fi precedat de eclipse vizuale repetate. Acuitatea vizuală are o scădere marcată dar poate fi recuperată într-o oarecare măsură. Astfel de leziuni apar mai frecvent în diabetul zaharat, HTA, leucemie, mielom multiplu, macroglobulinemie, gliom de nerv optic.

Obstrucţia unui ram venos poate interesa unul din cele 4 ramuri venoase principale sau un ram mai mic. Acuitatea vizuală este interesată doar dacă e afectat ramul venos temporal superior. Acesta drenează şi regiunea perimaculară, deci staza venoasă, edemul şi hemoragiile interesează şi macula. Ca şi la obstrucţia arterială, dacă nu se intervine în primele ore de la debut, şansele de repermeabilizare a venei sunt foarte mici.

Pacientul prezintă deficit de câmp vizual în cadran, iar acuitatea vizuală scade când e interesată şi macula.

Rareori vena afectată se repermeabilizează spontan. Tratamentul trebuie aplicat de urgenţă, măsurile terapeutice fiind similare cu cele din obstrucţia ACR până la admiterea în secţia de oftalmologie.

Ocluzia Arterei oftalmice (AO) poate mima o ocluzie a ACR. În acest caz pierderea vederii e severă şi permanentă. Se poate asocia durere oculară şi midriază prin ischemia ganglionului ciliar sau a sfincterului irian. Ochiul poate fi hipoton. Ulterior apare atrofie optică.

Ocluzia porţiunii proximale a AO nu determină manifestări oculare datorită colaterale lelor din artera carotida externa ce suplinesc aportul de sânge necesar în orbită şi ochi.

Ocluzia ACR e asociată şi cu titruri mari de APA (anticorpi antifosfolipidici). Pacienţii cu LES şi titruri crescute de lupus anticoagulant şi anticorpi anticardiolipidici (aCL) sunt predispuşi evenimentelor trombotice într-o mare proporţie. Prezenţa aCL este un factor de risc independent pentru stroke ischemic mai ales la tineri.

Continuare în numărul viitor cu prezentarea cauzei pierderii tranzitorii a vederii reprezentată de **Neuropatia optică ischemică.**

Glaucom cu unghi deschis, o boală înșelătoare?

Înaintarea în vârstă implică apariţia unor afecţiuni oculare, printre care și glaucomul. Hipermetropia, dar mai ales antecedentele genetice, sporesc riscul apariţiei bolii.

Coexistenţa unor boli generale, precum ateroscleroza, diabetul, tulburările neurovegetative face ca glaucomul să evolueze mai rapid și mai grav.

Simptomele bolii pot fi nespecifice, respectiv pacientul să nu-și poată dea seama de boală. Pot apărea dureri de cap, schimbarea frecventă a ochelarilor, oboseala oculară.

Consultul oftalmologic poate constata prezenţa semnului cel mai cunoscut al glaucomului: creșterea tensiunii intraoculare.

Valorile normale la adult sunt de 16(+ / - 2,5)mm. După vârsta de 40 ani, tendinţa tensiunii este de creștere cu 1 mm pe decada de vârstă.

Determinarea acesteia se face cu diferite tipuri de aparate, cel mai performant fiind tonometrul Goldmann.

Tensiunea intraoculară crescută presează pe nervul optic, fibrele acestuia fiind distruse ireversibil, cu consecinţa firească, orbirea. Bineînţeles, fenomenul se întâmplă în ani de zile, în funcţie de mărimea tensiunii intraoculare și de rezistenţa nervului optic la traumatismul tensional.

Constatarea unei tensiuni oculare crescute impune anumite investigații care au drept scop:

- certificarea diagnosticului de glaucom
- stabilirea stadiului acestuia

Certificarea diagnosticului este necesară deoarece o tensiune oculară crescută nu semnifică obligatoriu boala, existând și ceea ce se numește *sindromul de hipertensiune intraoculară*.

Sindromul constă în prezenţa unor valori tensionale crescute, dar fără afectarea ochiului. Diferenţierea este obligatorie pentru că în absenţa glaucomului nu se impune tratament.

Diagnosticul pozitiv al sindromului se face prin testele de glaucom care, bineînţeles, sunt negative.

Oricum, prezenţa unor valori tensionale crescute, fără alte semne de glaucom, implică controale periodice deoarece sindromul poate evolua spre glaucom.

Și reversul este valabil: absenţa unei tensiuni oculare normale nu înseamnă că totul este în regulă. Există pacienţi cu astfel de situaţii, deloc plăcute, când tensiunea oculară este normală, dar cu semne grave de glaucom.

Certificarea diagnosticului de glaucom cu unghi deschis și stabilirea stadiului afecţiunii se realizează printr-o serie de **investigaţii**.

Cele mai importante investigaţii sunt: determinarea câmpului vizual, tomografia nervului optic, HRT, OCT, măsurarea grosimii corneei, fotografierea papilei nervului optic.

Examenul câmpului vizual

Este o modalitate neinvazivă de evaluare a funcţiei nervului optic, în principal afectat de boală și se face cu un aparat electronic standardizat. Pacientul este așezat într-o încăpere în semiîntuneric, la un aparat ca o cupolă care proiectează diferite spoturi de lumină, din zone absolut întâmplătoare ale acesteia. Pacientul privește într-un punct fix, astfel încât punctele vizuale respective sunt fără a ne îndrepta privirea spre ele.

În glaucom, există o reducere a numărului de puncte văzute de pacient, fapt ce denotă afectarea nervului optic.

Tomografia nervului optic

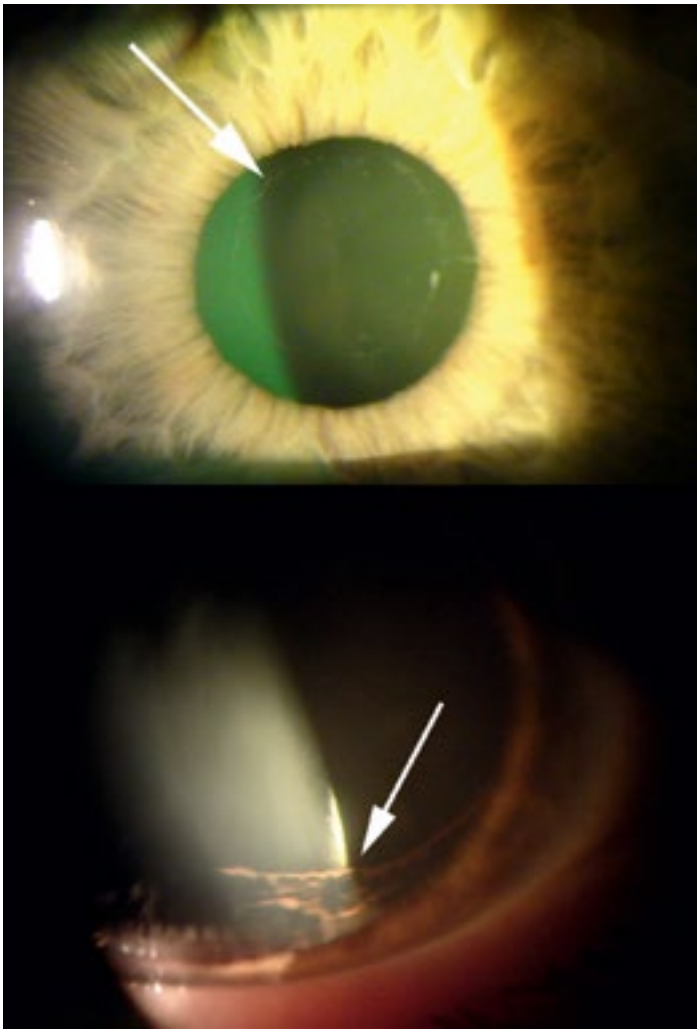
(GDx) evaluează starea anatomică a nervului optic și a retinei din jurul acesteia. Valori mai mari de 50 unităţi sunt considerate patologice. Din păcate, în România aparatul este disponibil în puţine locuri.

HRT și OCT sunt alte investigaţii care evaluează nervul optic și retina din jurul acestuia.

De subliniat că diagnosticul nu se bazează în totalitate pe examenele de mai sus, experienţa medicului fiind de neînlocuit. În acest context și având în vedere costurile mari ale aparaturii menţionate, fiecare medic are experienţă cu unul sau mai multe echipamente.

Măsurarea grosimii corneei

Este utilă deoarece cu cât grosimea este mai mică, cu atat tratamentul trebuie să fie mai agresiv.



Fotografierea capului nervului optic demonstrează evoluţia situaţiei nervului optic.

Tratamentul glaucomului cu unghi deschis

Acesta este iniţial medicamentos, dar poate fi completat cu laser sau chirurgie, după cum evoluează boala.

Medicamentele actuale sunt foarte eficace, dar fiecare medic va încerca să evalueze răspunsul bolii la tratament. În România, există produse de cea mai bună calitate. Niciodată nu știm dinainte care va fi alegerea finală în privinţa medicaţiei, fiind necesară proba terapeutică.

Medicul are nevoie de timp pentru această evaluare și de aceea, după diagnosticare până la stabilirea tratamentului, poate dura un timp, de obicei luni de zile, chiar un an.

Investigaţiile sunt obligatorii în stabilirea eficacităţii terapiei și acestea trebuie repetate la 6-12 luni.

În situaţia ineficienţei tratamentului medicamentos, laserul este un adjuvant valabil.

Tratamentul chirurgical este indicat, de obicei, când tensiunea oculară sau boala sunt necontrolate prin mijloacele menţionate mai sus.

Conf.Dr. Mircea Filip
Medic Primar Oftalmolog
Doctor în științe medicale
www.amaoptimex.ro

AMA OPTIMEX

Nistagmusul congenital

Nistagmusul este definit ca o mişcare involuntară, repetitivă, de du-te vino a ochilor, uni- sau bilaterală. După vârsta de debut, nistagmusul are o formă neonatală/ infantilă şi o formă dobândită.

Nistagmusul congenital apare la naştere sau în primele luni de viată şi mai este denumit nistagmus motor congenital sau nistagmus infantil. Pacienţii cu nistagmus congenital nu au şi alte patologii asociate, cum ar fi afecţiuni ale retinei sau nervului optic sau diverse afecţiuni neurologice. De aceea, înainte ca diagnosticul de nistagmus congenital să fie considerat, trebuie făcute o serie de investigaţii pentru a elimina aceste afecţiuni. Trebuie investigat neurologic, clinic si imagistic orice nistagmus apărut după vârsta de 6-9 luni, din sarcină patologică, cu istoric de prematuritate, expunere la droguri, acuitate vizuală scazută, fotofobie sau dacă mişcările sunt disconjugate, verticale, aritmice.

Nistagmusul congenital prezintă de obicei mişcări orizontale ale ochilor deşi au fost observate şi mişcări verticale sau rotatorii. Când nistagmusul este orizontal, poate fi pendular (cu secuse ritmice şi de intensitate egală) sau în resort (ochii se mişcă lent într-un sens pe orizontală, apoi rapid în sens contrar). În general, pe măsură ce pacientul înaintează în vârstă, amplitudinea nistagmusului scade şi frecvenţa creşte. Mişcarea se intensifică la oboseală, la emoţii, la eforturile de atenţie.

Nistagmusul congenital, în multe cazuri, descreşte sau dispare într-o anumită direcţie a privirii. De asemenea, amplitudinea descreşte când pacientul priveşte la obiecte apropiate (de ex. în convergenţă). „Zona neutră" sau poziţia de blocare este direcţia privirii în care nistagmusul dispare. Unii pacienţi cu nistagmus congenital pot prezenta şi mişcări asociate ale capului.

Semne clinice:

- De obicei ambii ochi sunt implicaţi iar mişcările sunt orizontale si simetrice
- Amplitudinea nistagmusului de obicei descreşte în convergenţă
- 50% din pacienţi prezintă şi strabism convergent
- Poate fi asociat cu mişcări ale capului
- Nistagmusul dispare în somn şi descreşte când ochii sunt închişi
- Există o direcţie preferată a privirii (zona neutră) care determină adoptarea unei poziţii specifice a capului - torticolis (capul întors spre partea opusă a poziţiei de blocare). Menţinerea timp îndelungat a acestei poziţii poate determina afectarea în timp a musculaturii cervicale.
- Nu există alte afecţiuni oftalmologice sau neurologice asociate

Cauza nistagmusului congenital nu este cunoscută. Au fost identicate mai multe moduri de transmitere ereditară.

Pacienţii cu nistagmus congenital prezintă o anumită scădere a acuităţii vizuale care nu poate

fi corectată cu ochelari. În general, acuitatea vizuală variază de la 20/30 la 20/200. Un factor determinant este dacă pacientul prezintă sau nu „zona neutră" adică dacă pacientul poate în mod voluntar să scadă amplitudinea sau frecvenţa nistagmusului privind într-o anumită direcţie. Acuitatea vizuală este mai bună la cei cu „punct de nul" decât la ceilalţi.

Determinarea acuităţii vizuale se face iniţial binocular şi apoi monocular, utilizând un ocluzor translucid în locul celui negru. Ocluzia totală a unui ochi accentuează nistagmusul şi scade acuitatea vizuală.

Tratamentul conservator:

- Ochelarii sau lentilele de contact nu vindecă nistagmusul deşi îl pot reduce; purtarea lor este necesară pentru a corecta defectele de refracţie.
- Tratamentul ambliopiei prin ocluzie, penalizare optică sau atropinizare atunci când ocluzia accentuează oscilaţiile.
- Prismele sunt folosite fie pentru corecţia poziţiei compensatoare (cu baza în direcţia poziţiei compensatoare), fie pentru a stimula convergenţa (cu baza temporal)
- Tratamentul medicamentos are efect de scurtă durată şi efecte secundare importante, cum ar fi sedarea.

Tratamentul chirurgical

În nistagmusul cu „zona neutră" se pot muta ochii în aşa fel încât direcţia de blocare să fie în privirea drept înainte astfel că se elimină poziţia compensatoare a capului şi implicit problemele musculaturii scheletice generate de menţinerea timp îndelungat a unei astfel de poziţii.

În acest scop, în nistagmusul orizontal se practică recesia a doi muşchi conjugaţi: recesie de muşchi drept intern 7-10 mm la ochiul în adducţie cu recesie de muşchi drept extern 10-12 mm la ochiul în abducţie.

În nistagmusul vertical se operează muşchii drepţi verticali.

În nistagmusul fără „zona neutră" sau în nistagmusul cu acuitate vizuală scăzută se poate face o recesie a celor patru muşchi drepţi orizontali, pacienţii prezentând o reducere cu 50% a amplitudinii nistagmusului şi astfel a timpului de recunoaştere a imaginilor.

Nici una dintre cele doua intervenţii chirurgicale nu elimină în totalitate nistagmusul ci doar îl diminuează.

Deşi tratamentul chirurgical în nistagmus nu creşte acuitatea vizuală decât cu 1-3 linii Snellen, prin reducerea oscilaţiilor şi a timpului de recunoaştere, permite o orientare mai bună în mediul înconjurător iar prin reducerea sau eliminarea torticolisului creşte calitatea vieţii pacienţilor cu nistagmus.

Dr Irina Velcea
Medic primar oftalmolog
Clinica Oftalmix, Bucureşti

DANSON

Str.Aurel Vlaicu nr.39, sector 2, 020092 BUCUREȘTI
Tel: 021-212.49.09 • Fax: 021-211.65.15 • Mobil: 0722.207.608
www.danson.ro • e-mail: office@danson.ro

R7-ecograf Doppler color 4D

H60-ecograf Doppler 4D

R5-ecograf Doppler Color

A30-Ecograf Doppler color 5D

Electrocauter RADIOFRECVENȚĂ

Electrobisturiu

UNIT – uri ORL

Videoendoscop ORL

DEXXA

Mese Ginecologie

Masă chirurgie

Aspirator chiuretaj

Capilaroscoape

Generator Unda de ȘOC

Generatoare OZON

Videodermatoscoape

DANSON oferă

- echipamente performante, fiabile și ieftine
- ecografe Doppler Color pentru toate specialitațile
- garanție extinsă la 3-5 ani pentru ecografele noi
- SERVICE post-GARANȚIE la prețuri modice
- cursuri cu puncte EMC pentru ecografia 3D/4D
- asistență tehnică rapidă
- BUY BEAK pentru ecografele DANSON
- închiriere sau vânzare ecografe second-hand
- dotări complete de cabinete și clinici medicale
- verificări și revizii tehnice anuale la cerere
- evaluări tehnice pentru aparate medicale
- consultanță tehnică, economică, financiară

DANSON

Str.Aurel Vlaicu nr.39, sector 2, 020092 BUCUREȘTI
Tel: 021-212.49.09 • Fax: 021-211.65.15 • Mobil: 0722.207.608
www.danson.ro • e-mail: office@danson.ro

Electrocardiografe

ECO-Cardiograf

Holter ECG

Holter tensiune

Doppler vascular

Doppler vascular măsurare unghi braţ-glezną

Doppler vascular cu printer

Spirometru pe laptop

Viziotest

Microscop ORL

Timpanometru

Audiometru Clinic

Aparat ventilație

Generator oxigen

Aparat anestezie

Sistem endoscopic

DANSON oferă

- echipamente performante, fiabile și ieftine
- ecografe Doppler Color pentru toate specialitațile
- garanție extinsă la 3-5 ani pentru ecografele noi
- SERVICE post-GARANŢIE la preţuri modice
- cursuri cu puncte EMC pentru ecografia 3D/4D
- asistenţă tehnică rapidă
- BUY BEAK pentru ecografele DANSON
- închiriere sau vânzare ecografe second-hand
- dotări complete de cabinete și clinici medicale
- verificări și revizii tehnice anuale la cerere
- evaluări tehnice pentru aparate medicale
- consultanţă tehnică, economică, financiară

SRR

Societatea Romana de Reumatologie

Al XX-lea CONGRES NAȚIONAL DE REUMATOLOGIE

www.srreumatologie.ro

BIBLIOTECA NAȚIONALĂ A ROMÂNIEI

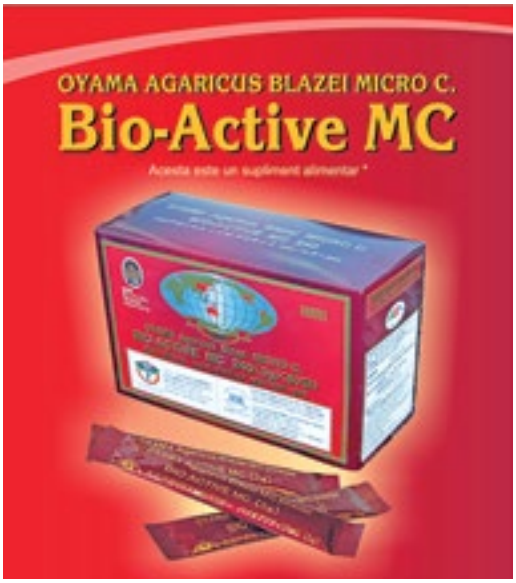
25-28 septembrie 2013
București

Secretariat organizatoric:
Elia Congress&Events
Tel.: 021 3156511, Fax: 021 3156527

Persoane de contact:
Ana-Maria Chiriac (ana.chiriac@elia.ro) - 0748100281
Ioana Sandu (ioana.sandu@elia.ro) - 0742355773

Bio-Active MC,
produs japonez de excepție!

Oyama Agaricus Bio-Active MC este denumirea suplimentului din Ciuperca lui Dumnezeu care le-a redat speranța bolnavilor de cancer, diabet, a celor care au probleme cu tensiunea arterială, cu sistemul hormonal, cu sistemul nervos, cu diverse boli dermatologice sau cu surplusul de greutate.



Dorim să vă prezentăm două cazuri noi, ale unor persoane care au avut încredere în produsul adjuvant **Bio-Active MC.**

În urmă cu câteva zile am avut plăcuta surpriză să fim contactați de domnul I. A. din Iași, diagnosticat acum câțiva ani cu cancer la plămâni și cu o speranţă de viaţă relativ scăzută la acel moment. După tratamentele clasice și **Bio Active MC** (inițial a luat 3 pliculețe/zi, apoi a scăzut doza, iar acum ia doar câte 1 pliculeț/zi timp de o săptămână pe lună), și-a revenit, se simte bine și și-a reluat activitatea.

Un alt caz de menționat este cel al doamnei M. A., din județul Alba. În vârstă de 64 de ani, dumneaei a fost diagnosticată cu cancer la sân. După operație și tratamentul clasic, a constatat din păcate că boala a afectat și celălalt sân. Doamna M.A. a aflat despre **Bio Active MC** după ce terminase chimioterapia și a decis să-l încerce. A luat mai întâi 2 pliculețe/zi și a observat că se simte puțin mai bine. Ulterior a trecut la 3 pliculețe/zi și ne-a declarat că la ultima investigație medicul a fost plăcut surprins de starea dumneaei. Continuă și acum administrarea de **Bio Active MC** și ne va ține la curent cu starea de sănătate.

Notă: *Bio Active MC este un supliment alimentar și nu înlocuiește tratamentul recomandat de medic sau un regim alimentar variat. Rezultatele diferă în funcție de organismul fiecărei persoane, dar este întru totul natural și ajută la buna funcționare a organismului. De asemenea, prin bogatul conținut de Beta-D-Glucan, luptă cu celulele canceroase. Vă recomandăm să îl achiziționați din punctele autorizate de pe site-ul nostru, pentru a beneficia de sfat autorizat de administrare.*

Daniela Cismaru Inescu
SC Euro Japan Trading, Mobil: 0723.93.30.17
E-mail: office@ejtrading.eu • Web: www.ejtrading.eu

De ce Bio-Active MC?

- Deoarece sănătatea este mai bună decât toate și meriți să ai parte de ea!
- Deoarece conține 100% extract din ciuperca Agaricus Blazei Murill, denumită „Ciuperca lui Dumnezeu", cunoscută pentru acțiunea anti-tumorală puternică.
- Deoarece ciuperca este cultivată în mediu natural, nu în seră, fără îngrășăminte chimice.
- Deoarece **Bio Active MC** îți oferă garanția calității japoneze, prin mărcile primite de la asociației de Medicină Alternativă și Complementară din Japonia.
- Deoarece îl achiziționezi din farmacie sau plafar, cu indicații de administrare personalizate.
- Deoarece vezi minime îmbunătățiri ale stării de sănătate în 10-12 ZILE!
- Deoarece sănătatea este mai bună decat toate și meriți să ai parte de ea!
- Conține 120 de elemente necesare organismului (minerale, aminoacizi, oligoelemente) și este ușor de înghițit și ușor de asimilat!

Despre stres și sindromul de oboseală cronică

Cătălin Truță
Specialist nutriție și metabolism
Catalin_truta@yahoo.com
Tel. 0720 036 613

Îți mai aduci aminte când erai copil? În fiecare zi te trezeai cu energie, poftă de viață și explodând de bucurie, într-un cuvânt erai un izvor de fericire. Făcând diferența, sigur acum ceva s-a schimbat, s-a pierdut pe parcurs, acum porți eticheta de adult și convingerea generală este că ai nevoie de stimulente pentru a te simți bine, micile plăceri ale vietii: cofeina, zahar, ceva sărat și gras sau alcool. Te trezești obosit, singura motivație de a te ridica este recompensa unei cafele, de cele mai multe ori sari peste micul dejun, în jurul orei 11.30 resimți oboseala și apare pofta de ceva dulce sau sărat, o gustare, un mic stimulent care să te ajute până la masa de pranz, unde după ora 3 și 4 te cufunzi în ceață mentală și oboseală, din care îți revii doar cu un alt stimulent. Spre ora 6 esti energic și fericit, dar nu neapărat pentru că ai terminat programul de lucru, iar la ora 9 simți că ar fi timpul să dormi dar cum nu vrei să vii de la serviciu și să te culci imediat, îți prelungești programul cu treburi casnice, timpul trece foarte repede, sari peste ora 11 și esti plin de energie dar de data asta doar până la ora 1-2 noaptea, când adormi, dar e prea traziu ca să fii odihnit a doua zi la ora 6 când o iei de la capat. Din păcate, aceeași oboseală matinală, același carusel, iar cu timpul începi să observi că în sezonul rece te îmbolnăvești mult mai ușor, cu episoade din ce în ce mai dese și mai severe; descoperi că strănuți la praf și apar diferite alergii pe care nu știai că le ai, pielea nu mai este atât de curată, poți avea reactii autoimune cu diferite materiale, în special metale cu care ai contact direct, uneori reții apa, care se infiltrează în țesuturi, la nivelul feței, al genunchilor și cel mai frecvent la nivelul gleznelor. Există tendința de a depune grăsime abdominală. Apar pusee de hipotensiune cu senzație de amețeală, în special la ridicarea din pat, țiuit în urechi, palpitații, tahicardie; intoleranță la caldură, sensibilitate la frig sau la curenți de aer rece. Te confrunți cu o ceață mentală, inabilitate de concentrare, probleme cu memoria, ușoară depresie, tulburări comportamentale, nervozitate crescută și stări de anxietate, dar cea mai notabilă este inabilitatea de a face față unui stres, fie el cât de mic. Senzația de oboseală nu dispare oricât de mult ai dormi și slabiciunea musculară te împiedică să mai faci mișcare.

Dacă te regasești în majoritatea simptomelor de mai sus cel mai probabil ai un grad de epuizare al glandelor suprarenale. Este disfuncția în care analizele sunt perfecte iar pacientul se luptă cu o condiție limitantă, ce îl împiedică să își atingă potențialul maxim.

Ce cauzează starea de epuizare a glandelor suprarenale ?

Substratul acestei afecțiuni îl reprezintă stilul de viață modern, foarte diferit de cel de acum 100 de ani, stil de viață pentru care nu am avut timp să ne adaptăm fiziologic la foarte multi stresori, o dietă nenaturală, bazată pe produse

procesate și care sărăcesc organismul de nutrienţi cheie, un somn deficient, sedentarism, miriada de chimicale la care suntem expuși începând cu anii ’30, odată cu dezvoltarea petrochimiei. Principala cauză declanșatoare este reprezentată de un stres prelungit sau de intensitate foarte mare, fie că este emoţional - pierderea unei persoane dragi, o despărţire, probleme familiale, chiar pierderea unei slujbe -, fie de natură fizică, o infecţie prelungită, o intervenţie chirurgicală, traumatisme de orice fel și, nu în ultimul rând, stresul psihic. Stresul psihic poate fi extern, creeat de persoane care au capacitatea de a te drena energetic, de exemplu un șef obsesiv-compulsiv, mereu nemulţumit, care îţi dă termene imposibile, dar în același timp poate fi stresul intern, în cazul personalităţii de tip A - tipul perfecţionist cu el însuși.

Ce este de făcut?

Într-o situaţie stresantă ai 3 opţiuni:

1. Înfrunţi direct problema și să schimbi situaţia.
2. Te schimbi și te adaptezi la situaţie.
3. Părăsești situaţia cauzatoare de stres (dacă nici una din primele variante nu funcţionează).

Recuperarea propriuzisă se face prin schimbarea stilului de viaţă:

1. Somnul! Cel mai important este să fii deja în pat la ora 9 PM pentru a prinde intervalul 10-12 PM dormind. Încearcă să atingi 9 ore de somn. În zilele libere încearcă să te trezești după ora 9 AM. Dacă somnul e dereglat, pentru reglarea lui recomand melatonină ca adjuvant cu o oră înainte de somn dar nu mai mult de 10-14 zile. Ultima masă ar trebui să fie la 6PM, cel târziu 7PM și să constituie ceva ușor.
2. Dieta. Regula de aur: Nu sări niciodata peste micul dejun și evită fructele dimineaţa, în special banane, curmale, smochine, portocale, grapefruit, stafide, struguri, rosii și orice fruct foarte dulce, care ridică glicemia rapid, urmată de colaps energetic. La fiecare masă, combină o sursă de proteine (pește neoceanic, preferabil de apă dulce, de captură, curcan și orice carne naturală, provenită de la animale ce au fost hranite și crescute în mediu natural, cu grăsimi sănătoase(avocado, seminţe - susan, dovleac, floarea-soarelui, seminte de in, nuci, alune de padure, migdale, nuci brazilia, nuci macadamia, nucă de cocos proaspată, caju) și carbohidraţi integrali (orez integral, orz, ovaz, mei, hrisca, quinoa, amarant). Legumele crude nu trebuie să lipsească, cât mai variate, iar ca pondere, într-un procent de 30-40% din total. Cerealele integrale fără gluten (enumerate mai sus) reprezintă tot 30-40%, nucile și seminţele 10-15% , produsele de origine animală 10-20%, iar fructele 5-10 % și ideal să fie consumate după ora 4 pm. Evită următoarele: prăjituri, plăcinte, gogoși, torturi, fursecuri și orice alt produs care conţine făină albă, zahăr și ciocolată. Evită alimentele prajite, dar și urmatoarele băuturi: cafea, orice tip de cola, alcool, ceai negru și ciocolată caldă.
3. Exerciţii fizice moderate. Cele intense drenează și mai mult un sistem deja obosit, mai ales în partea a doua a zilei. Plimbări lente, yoga, chi-cung etc.
4. Destreseaza-te! Învaţă să îţi acorzi timp, învaţă să spui nu și ia-ţi măcar o oră zilnic în care să râzi cât de mult. Meditează cel puţin 20 minute pe zi. Respectă-ţi mesele, nu mai mânca pe fugă, la birou, în mașină.
5. Extract din radacină de Ashwagandha - un puternic adaptogen, supranumit și ginseng indian, pentru multiplele beneficii. Este și cel mai bun potenţator pentru glanda suprarenală. Extract din suprarenală bovină, conţine nutrienţii de care are nevoie organismul pentru refacere. Tinctura de lemn dulce (contraindicată pentru hipertensiune) - 1 linguriţă dimineaţa, dizolvată în apă. Vitamina B5 – 500 mg – 1000 mg înainte de culcare. Vitamina C - 2 grame zilnic.

Drumul către refacere este unul lung și presărat cu progrese și abandonări frecvente. În funcţie de severitatea și gradul de epuizare în care te afli, recuperarea poate dura între 6 - 18 luni. Acesta este apelul de trezire, înainte de a ajunge la ceva mult mai grav. O schimbare de stil de viaţă nu are un termen, nu poate fi considerată un regim, ea este permanentă. Regimul implică a accepta asupra ta eticheta de bolnav, nefericit și mai ales privat de libertate. Oare cine este cu adevărat liber și fericit? Cel care crede că este pentru că nu vede barele celulei în care se află sau cel care le vede și alege să facă ceva în privinţa asta?

DERMOBACTER® 300 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® 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.

Cand pielea are nevoie de ajutor, folosiţi Dermobacter®!

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.

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 sau 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 neplăcute, adresaţi-vă medicului sau farmacistului. Viza de publicitate nr. 85 /26.03.2013

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

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 23020 47
e-mail: innotech.romania@innothera.com

Tehnici radiologice moderne

Dr. Silvia Nicolae,
medic primar radiolog
Str. Tony Bulandra, nr. 27,
sect. 2, București,
Tel.: 031.225.25.00,
info@spitalulmonza.ro, www.spitalulmonza.ro

Scolioza este o curbură laterală a coloanei vertebrale în plan frontal mai mare de 10 grade. Scolioza este o deformare complexă, evolutivă, care cuprinde și rotația corpilor vertebrali, iar adesea și cifoza. Scolioza afectează în general 2 % dintre femei și 0.5 % dintre bărbați.

Sunt multe cauze de scolioză, incluzând malformații congenitale ale coloanei vertebrale, condiții genetice, probleme neuromusculare și inegalități de membre pelvine. Alte cauze de scolioză includ: paralizia cerebrală, spinabifidă, distrofii musculare, atrofie a musculaturii spinale, tumori.

Scolioza poate fi nonstructurală (funcțională) sau structurală.

Forma nonstructurală

Este o curbură suplă, care dispare în timpul înclinării laterale sau anterioare a trunchiului, iar corpii vertebrali nu prezintă modificări. Scolioza nonstructurală poate fi: posturală, care este o curbură minimă și apare la sfârșitul perioadei de creștere; compensatorie datorită inegalității membrelor inferioare; tranzitorie (antalgică), ce apare în colica renală, hernii de disc și dispare odată cu ele.

Forma structurală

Este o deformare fixă, rigidă, care nu dispare în timpul mișcărilor sau înclinostatism, iar vertebrele suferă o rotație în jurul propriei axe.

Scolioza structurală

Este în cele mai multe cazuri idiopatică, dar poate fi și secundară unor modificări osoase (hemivertebre, traumatisme), musculare (distrofii musculare), neurologice (siringomielie, mielomeningocel).

Scolioza idiopatică

Este cel mai frecvent întâlnită, peste 80% dintre cazurile de scolioză sunt idiopatice, ceea ce înseamnă că nu au o cauză cunoscută. În peste 40% din cazuri există un factor ereditar, pacienții cu istoric familial de deformări ale coloanei vertebrale au risc crescut pentru scolioză.

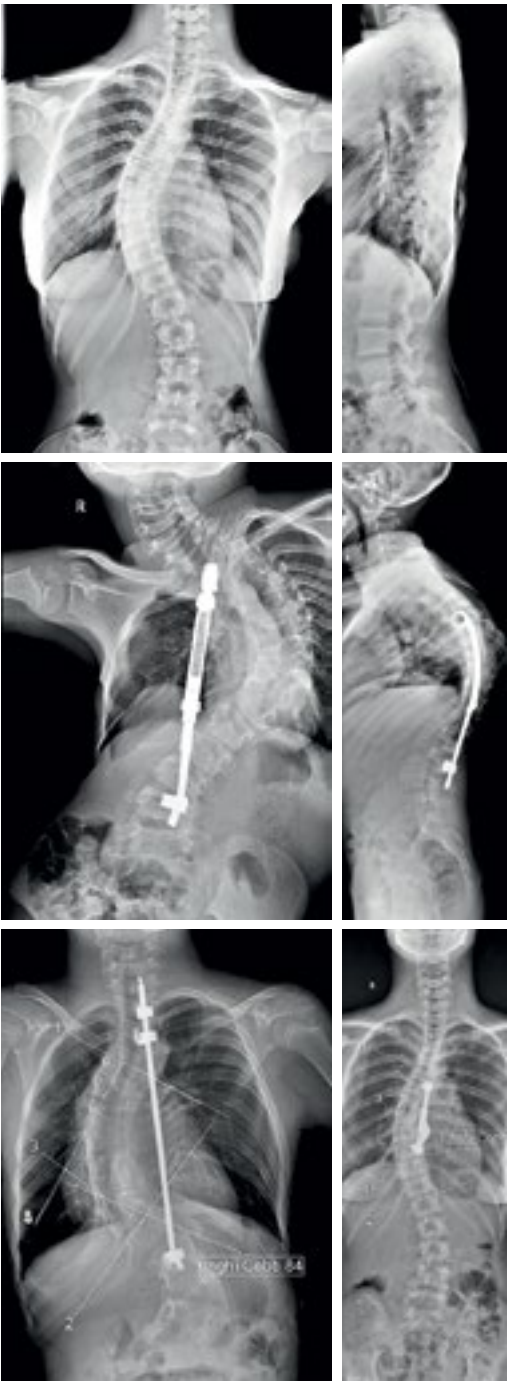
Scolioza idiopatică se împarte în patru categorii în funcție de perioada de apariție: scolioza infantilă- la copiii cu vârste sub 3 ani; scolioza juvenilă - la copiii cu vârste între 3 și 9 ani; scolioza adolescentului- la copiii între 10 și 18 ani și scolioza adultului – după maturarea scheletului. Cea mai comună formă de scolioză, reprezentând aproximativ 80% dintre cazurile de scolioză idiopatică ,este Scolioza Idiopatică a Adolescentului (AIS).

Fiecare diagnostic este important.

Diagnosticul se face prin examen radiografic. În cazurile în care etiologia nu poate fi apreciată radiologic se folosesc examinări IRM sau CT. Examenul radiologic are rolul de a confirma diag-nosticul, de a identifica atunci când este posibil etiologia și de a aprecia evoluția curburii. Curbura este măsurată prin metoda Cobb și este apreciată în grade. La modul general, o scolioză este considerată semnificativă, dacă este mai mare de 25-30 de grade. Scoliozele de peste 45-50 grade sunt considerate severe și necesită tratament mai agesiv.

În cadrul Departamenului de Radiologie și Imagistică Medicală al Spitalului Monza Bucu-

de diagnosticare a scoliozei



reşti avem în dotare un aparat radiographic digital Discovery XR 650, care beneficiază de o opţiune specială numită Auto Image Paste (Lipire automată imagine), este o opţiune avansată destinată achiziţionării unor imagini radiografice ale coloanei vertebrale şi membrelor inferioare, care sunt mai mari decât câmpul de vizualizare de 41 cm al receptorului curent. Anterior, acest lucru era realizat prin utilizarea unei casete „lungi". Opţiunea Auto Image Paste (Lipire automată imagine) este disponibilă la receptoarele stativului de perete şi a mesei.

Discovery XR650 achiziţionează secvenţial 2 – 5 expuneri, apoi le combină digital (prin lipire) pentru a forma o singură imagine cu doză minimă de iradiere şi scutind pacientul de alte radiografii suplimentare.

Buletinul radiologic trebuie să precizeze:

- convexitatea (direcţia de deplasare) a curburii primare şi curburile compensatorii;
- amplitudinea curburii, vertebrele limită şi vertebra din vârful curburii cu gradul său de rotaţie;
- statica bazinului;
- echilibrul coloanei lombare;
- aprecierea deformării, maturării osoase a corpilor vertebrali.

Factorii prognostici ai scoliozei sunt:

- vârsta şi timpul trecut de la apariţie până la precizarea diagnosticului;
- gradul rotaţiei vertebrale;
- stadiul maturării scheletale;
- mărimea şi tipul curburii.

Tratamentul scoliozei se face prin gimnastică medicală respiratorie, corset, stimulare electrică, tratament chirurgical. Aprecierea unghiului de curbură este foarte important în adoptarea atitudinii terapeutice. Scoliozele cu grad de curbură mai mic de 20 grade trebuie tratate conservativ, iar pacienţii trebuie examinaţi la 3-6 luni pentru a aprecia progresia. Formele cu unghi între 20 grade şi 40 grade beneficiază de gimnastică medicală şi corset. Cele peste 40-50 grade necesită corecţie chirurgicală.

Tehnologia radiologică actuală permite un diagnostic corect al scoliozei, în urma cărora se poate stabili protocolul terapeutic şi totodată permite o evaluare în dinamica succesului terapeutic cu doze minime de iradiere.

Asociaţia Chirurgilor Plasticieni din România (ACPR)
organizează în perioada 25-26 octombrie 2013 la Hotel Palace în Sinaia,
Conferinţa cu tema:

Prezent şi viitor în chirurgia plastică şi microchirurgia reconstructivă

cu renumita participare naţională şi internaţională.

26-27 octombrie 2013
CURS ISAPS DE RINOPLASTIE

Cursul va cuprinde demonstraţii pe cadavru (26 octombrie 2013) şi 2 operaţii de rinoplastie realizate de către Nazim Cerkes şi Wolfgang Gubisch.
Evenimentul va fi creditat CMR şi EMC.

Secretariat organizatoric: Ella Congress & Events
Alexandru Petrescu, e-mail: a.petrescu@ella.ro, mobil: 0748 100 285.
Pentru informaţii şi înscrieri online: www.evenimente-acpr.ro

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

Supervizarea Audioprotezării pediatrice: Aspecte Inovatoare (II) Microfoanele direcționale

Microfoanele direcționale au arătat posibilitatea îmbunătățirii înțelegerii mesajului verbal în condiții de zgomot ambiental, atât prin mai multe studii clinice și de laborator, cât și prin studii ale profilelor acustice specifice, adică de utilizare efectivă, efectuate cu subiecți adulți.

Studiile de laborator ale beneficiilor microfoanelor direcționale aplicate în audioprotezarea pediatrică și-au făcut apariția ulterior. Gravel et al. (1999) au demonstrat îmbunătățirea performanțelor de audiție cu aparate auditive în condiții de zgomot utilizând microfoane direcționale dar cu prestabilirea sau fixarea caracteristicilor de direcționalitate și sensibilitate pentru două grupuri de copii cu pierdere de auz cu vârste cuprinse înte 4 și 6 ani, iar cel de al doilea grup cu vârste cuprinse între 7 și 11 ani. Ca o paranteză, microfoanele direcționale sunt practic un grup de microfoane, unul orientat în direcția înainte și celălalt în direcția spate (în general în număr de două) și care împreună funcționează interdependent modificându-și sensibilitatea (distanța la care captează un stimul sonor), cum ar fi mai mult spre „în față" și mai puțin spre „în spate", această implică dar și determină o modificare a direcționalității acestor microfone, adică de a capta pe o direcție „de jur împrejur" sau specifică, mai mult în față și mai puțin în spate sau controlateral (spre urechea cealaltă). Astfel unui microfon direcțional i se poate prestabili o funcționare omnidirecțională (de jur împrejur) sau o funcționare direcțională (mai mult în față și mai puțin în spate), dar se mai poate stabilii și o funcționare mixtă, automată sau activată manual de către utilizator, adică microfonul își poate schimba cele două moduri de funcționare în funcție de mediul acustic ambiental.

Astfel, în acest studiu, sursa de zgomot prezentată – de tip murmur, în condiții de laborator, din direcția spate (180°) a subiectului, iar mesajul verbal a fost prezentat din față (0°). Nivelul sonor al zgomotului competitiv de tip murmur a fost reglat până la nivelul la care copilul a atins posibilitatea unui scor de 50% recunostere a mesajului verbal. Astfel, s-a ajuns la concluzia că microfoanele direcționale care funcționează în modul direcțional (mai mult în față și mai puțin în spate) au determinat un scor mai bun,

Ing. Audiolog Florin-Andrei Băilești

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

chiar și în conditi de zgomot ambiental de nivel mai ridicat, față de cele omnidirecționale (de jur împrejur).

Mult mai recent, Ricketts and colleagues (2007), au evaluat discriminarea verbală la școlar utilizând microfoane direcționale în medii variate ce simulează mediul ambiental al clasei de școală. Douăzeci și șase de participanți cu vârste cuprinse între 10 și 17 ani au fost incluși în acest studiu. Scoruri de recunostere a mesajului verbal au fost înregistrate în ambele moduri de funcționare ale microfoanelor direcționale, omni- și direcțional. Astfel, s-au constatat rezultate mai bune cu aceste microfoane în situațiile în care interlocutorul se află în față uitilizatorului, cercetătorii au observat că discriminarea verbală era aceeași său chiar diminuată atunci când interlocutorul se află în

lateral sau în spate. Beneficiile direcţionalităţii microfoanelor s-au evidenţiat nu datorită poziţiei interlocutorului, ci datorită abilităţii elevului de a-și orienta capul pe direcţia stimulului sonor.

Rezultatele și concluziile acestor studii demonstrează că utilizatorii copii pot atinge îmbunătăţirea înţelegerii verbale în condiţii de zgomot ambiental cu ajutorul microfoanelor direcţionale atunci când semnalul de interes sau mai bine spus interlocutorul se află în faţă. Mai mult, atât copii cu auz normal cât și cei cu pierdere auditivă prezintă abilitatea de a se orienta spre interlocutor atunci când acesta nu se află în faţa lor (Ricketts & Galster, 2008). La copiii mai mici și preșcolari, atenţia și orientarea lor spaţială raportată la un interlocutor variază semnificativ. Totodată (Akhtar, 2005), efectele microfoanelor direcţionale asupra capacităţii de a surprinde mesajul verbal și de învăţare incidentală la copii hipoacuzici nu a fost investigate, datorită impactului redus al localizării sursei sonore.

Totuși, aș spune că această discriminare redusă cu microfoanele direcţionale, în condiţiile în care interlocutorul se află în spate sau în lateral se datorează direcţionalităţii (vezi diagramele de direcţionalitate), dar și datorită faptului că modurile de funcţionare ale microfoanelor, în special a sensibilităţii acestora, au în vederea „evitarea" captării semnalului nedorit și anume a zgomotul ambiental și care se așteaptă a nu se afla pe direcţia „în faţă", mai bine spus, microfoanele așteaptă ca mesajul verbal să vină din faţă.

Bazându-ne pe literatura de specialitate recentă, microfoanele direcţionale sunt indicate mai de grabă pentru copiii aflaţi în situaţii ambientale specifice, acolo unde zgomotul ambiental este prezent și sursa sonoră de interes se află în faţa lui, cum ar fi condiţiile școlare, de clasă. Deși, sistemele FM asigură o îmbunătăţire consistentă de audiţie în condiţii de zgomot (îmbunătăţire a raportului semnal-zgomot) faţă de raportul obţinut cu microfoanele direcţionale, sistemele FM nu sunt întotdeauna practice, cum ar fi situaţiile în care există mai mulţi interlocutori. Pentru situaţiile de audiţie în care semnalul de interes (sursa) a copilului poate varia, modul de funcţionare omnidirecţional poate asigura un acces sporit fără o orientare specifică pe direcţia sursei.

În concluzie, alegerea pentru copilul hipoacuzic a utilizării unui mod de funcţionare a microfoanelor direcţionale va varia în funcţie de mediul ambiental sonor ce îl confruntă pe copil, aparatul auditiv care va permite părintelui sau îngrijitorului copilului modificarea modului de funcţionare este de preferat faţă de modificarea automată. Decizia de a se activa sau nu a modului direcţional al microfoanelor se va discuta cu părinţii și se vor expune situaţiile în care microfoanele direcţionale sunt cel mai mult indicate. Vârsta la care se recomandă activarea direcţionalităţii este dificil de ales și ar trebui să se bazeze pe factori cum sunt mediul acustic al copilului, statusul dezvoltării și adoptării limbajului, comportament și posibilitatea sau disponibilitatea de modificare manuală a modurilor de funcţionare a direcţionalităţii microfoanelor în funcţie de mediul acustic.

Cum îmi aleg medicul stomatolog?

Fără îndoială, alegerea unui medic dentist bun este o chestiune destul de dificilă. De ce? Simplu: pentru că rezultatele muncii noastre de cele mai multe ori nu se văd imediat, ci în timp. Nu există rețetă perfectă pentru alegerea unui medic stomatolog bun, dar există indicii . Nu există garanții, există poate doar șanse mai mari.

Lucruri de care ar trebui ținut cont:

• **timpul de ședere în sala de așteptare** trebuie să fie scurt, iar sala de aşteptare nu trebuie să geamă de pacienţi. Medicul îţi respectă programarea la ora stabilită, îţi respectă timpul TĂU, și se respectă pe sine printr-o bună organizare și timp suficient dedicat fiecărui pacient, în așa fel încât serviciul oferit să fie de calitate, atât la nivel profesional cât și la nivel de relaţionare umană medic-pacient. Bineînţeles, și pacientul trebuie să respecte timpul medicului și să vină la ora la care s-a programat (o întârziere de „doar" 15 minute poate da totul peste cap). Sunt pacienţi care cred că dacă sala de aşteptare nu este plină ochi înseamnă că medicul respectiv nu este bun. Total greșit. Pacientului îi place ca medicul la care se tratează să-i acorde atenţie, ori asta e cam greu când „afară" mai aşteaptă încă 5 pacienţi.

• **timpul pe care vi-l acordă medicul atunci când doriţi să-i puneţi întrebări.** Pentru mine, ca medic, e oarecum de neînţeles faptul că atât de mulţi pacienţi pun întrebări pe diverse forumuri, în loc să-și întrebe direct propriul medic. Pe de altă parte, mă bucură să văd că sunt mulţi pacienţi care doresc să fie BINE informaţi înainte de a lua o decizie în ceea ce privește un tratament stomatologic.

• **timpul pe care medicul îl acordă pentru a vă explica cum se folosește aţa dentară**, cum se face un periaj corect al dinţilor, cum se folosește apa de gură, irigatorul (dușul) bucal și de ce este importantă igiena orală atât înainte de efectuarea tratamentelor stomatologice cât și după. Degeaba medicul pune o plombă perfectă, dacă pacientul în continuare nu se spală (corect) pe dinţi. Rezultatul pe termen lung va fi unul nefavorabil.

• **igiena din cabinet.** Din păcate, un pacient nu are cum să verifice dacă sterilizarea s-a făcut cum trebuie, dacă se respectă măsurile de prevenire a infecţiei încrucișate (adică să nu ia ceva boală de la pacientul care a fost tratat înaintea lui). Dar poate să vadă aspectul general al cabinetului (curăţenia din cabinet, din sala de aşteptare, și de ce nu, din toaletă), minimele măsuri de protecţie: medicul să poarte mănuși noi la fiecare pacient, mască și halat (obligatorii), trusele de lucru ambalate și sterilizate în pungi care se desfac în faţa lui.

• **confortul la dentist.** Sunt puţini pacienţii cărora nu le e frică de dentist. Nu toţi, dar o mare majoritate au frica de dentist din cauză că în trecut li s-a lucrat la dinţi fără anestezie. Astăzi, când avem acces neîngrădit la anestezice și acestea sunt de bună calitate, practic aproape orice manoperă ar trebui să fie însoţită de anestezie și deci nedureroasă. Cu anestezia făcută, pacientul va simţi că orice medic are „mână ușoară" și că stomatologia fără durere nu e doar un mit, ci e realitate pură.

• **tratamentul făcut trebuie să fie de durată.** O plombă bine pusă nu pică după câteva zile/săptămâni/luni. Din păcate, ăsta e un lucru pe care pacientul nu are cum să-l afle înainte de a se trata, decât dacă medicul respectiv i-a fost recomandat de alţi pacienţi care se tratează acolo de mai mulţi ani și sunt mulţumiţi de rezultatele obţinute pe termen lung. O plombă (albă, material compozit) corectă se pune în cam minim 45 minute.

Dr. Nicoleta Grosu *(Cluj)*

Probleme dentare frecvent întâlnite la copii

Dinţii copiilor noştri sunt foarte importanţi pentru dezvoltarea armonioasă şi sănătoasă a acestora.

Foarte multi părinţi neglijează problemele apărute la dentiţia de lapte în ideea că aceşti dinţi oricum se schimbă şi vor creşte alţii. Este o atitudine complet greşită, deoarece ei joacă un rol important în creşterea şi dezvoltarea normală a dinţilor definitivi.

Pierderea timpurie a unui dinte de lapte poate crea probleme în alinierea dinţilor definitivi (prin pierderea spaţiului necesar).

Problemele carioase apărute pe dinţii temporari trebuie rezolvate la timp, pentru a împiedica apariţia complicaţiilor infecţioase care pot afecta mugurele dintelui definitiv.

Alte probleme care apar la copii sunt obiceiurile vicioase (suptul degetului, suzetei, biberonului etc.), care duc la anomalii de dezvoltare dentomaxilară. Pentru a evita aceste probleme este obligatoriu controlul periodic al copilului la medicul dentist, încă de la o vârstă mică, chiar dacă nu sesizaţi probleme reale ale dinţilor de lapte. De asemenea, renunţarea din timp la obiceiurile vicioase ale copilului favorizează o erupţie normală a dinţilor, evitând în multe cazuri tratamentele ortodontice ulterioare.

În cazul în care este necesar un tratament ortodontic, este mult mai indicat ca acesta să fie făcut la vârste mici, deoarece se va obţine nu doar o îndreptare a dinţilor, ci şi o dezvoltare adecvată a maxilarelor.

O problemă frecvent întâlnită la copii este reprezentată de traumatismele dentoparodontale, multe dintre ele producându-se şi în timpul jocului. Deseori, acestea sunt însoţite de leziuni ale părţilor moi şi, de aceea, se neglijează în tratamentul lor leziunile dentoparodontale. La copii, în momentul producerii unui astfel de traumatism, trebuie verificată, atât de părinţi cât şi de medic, zona dinţilor din dreptul traumatismului.

Traumatismele dentare la copii se produc cel mai frecvent în zona frontală, deoarece ei au aceşti dinţi uşor ieşiţi în afară, fiind astfel mult mai expuşi la accidente. Dinţii frontali ai copiilor sunt expuşi la fracturare în timpului unui traumatism cu atât mai mult cu cât sunt afectaţi de carii sau leziuni de structură ale smalţului. Uneori, părinţii cer medicului extracţia acestor dinţi ai copilului, în ideea că un tratament ar fi inutil. Această atitudine este greşită, deoarece extracţia dinţilor temporari afectează erupţia dinţilor definitivi, fiind uneori necesare tratamente ortodontice. Dacă totuşi se impune extracţia dinţilor temporari la vârste mici, este necesară realizarea unor menţinătoare de spaţiu pentru asigurarea erupţiei normale a dinţilor definitive.

Se poate întâmpla ca, în timpul traumatismelor, dintele să fie chiar expulzat din cavitatea bucală. În acest caz este foarte important timpul scurs între momentul accidentului şi momentul prezentării la medic, precum şi condiţiile în care a fost păstrat dintele. Indicăm ca dintele expulzat să fie menţinut în ser fiziologic, iar prezentarea la medicul dentist să fie cât mai rapidă (preferabil la 2-3 ore de la accident), caz în care se poate încerca replantarea dintelui.

În traumatismele dentoparodontale este important să se instituie un tratament cât mai precoce, care să ajute la evitarea consecinţelor negative asupra dinţilor permanenţi.

Dr. Ada Cătălina Epistatu
0722.291.087
ada.epistatu@yahoo.com

Albirea profesională a dinţilor

Elena Săndulescu,
medic dentist generalist
Clinica Stomatologică
Royal Dental
www.royaldental.ro
0725.00.88.00

Aristotel spunea că "Omul are cea mai bogată mimică dintre toate fiinţele" şi avea dreptate, întrucât faţa umană are capacitatea să producă 250.000 de expresii, iar zâmbetul este cea mai utilizată expresie facială şi, în acelaşi timp, cel mai uşor de recunoscut. Zâmbetul este considerat apanajul oamenilor puternici, dar, dacă nu este impecabil, prima impresie bună este compromisă!

Unul dintre primele lucruri remarcate la zâmbetul unei persoane este culoarea dinţilor, conform unui studiu realizat în cadrul Universităţii Loma Linda din California. De-a lungul istoriei, oamenii, mai ales, femeile, au încercat să-şi albească dinţii cu tot felul de metode, de la cele tradiţionale (sare, bicarbonat de sodiu, lămâie) până la cele moderne (geluri de albire cu peroxid, paste înălbitoare, plasturii pentru albit etc.). Însă, puţine sunt cele care ştiu că aceste metode pot cauza mai mult rău decât bine.

Metode tradiţionale versus metode moderne

Smalţul dinţilor este invelişul protector al dinţilor, dar el se poate distruge uşor prin abraziunea constantă şi prin aplicarea necorespunzătoare a tratamentelor de albire. Mulţi sunt cei care vin la medic şi prezintă o sensibilitate acută a dinţilor din aceste cauze sau care chiar şi-au distrus smalţul dinţilor frontali, din cauza apăsării prea puternice şi a mişcărilor incorecte de periere a dinţilor. De aceea, medicii dentişti de la Royal Dental îţi recomandă controlul stomatologic o dată la 6 luni, igienă orală realizată corect acasă de două ori pe zi cel puţin şi evitarea utilizării tratamentelor de albire acasă. În cadrul unui control stomatologic, dentistul îţi va propune cea mai bună metodă de albire a dinţilor în funcţie de starea danturii tale şi de stilul tău de viaţă. Dentiştii de la Royal Dental recomandă o igienizare dentară (detartraj, periaj profesional, fluorizare) înainte de albire.

Cele mai bune tratamente profesionale de albirea danturii

Albirea profesională cu lampa Zoom2 este poate cea mai eficientă metodă, fiind numărul 1 în SUA şi, de altfel, calea către strălucire a multor vedete de la Hollywood. Procedeul nu afectează smalţul dentar şi se realizează în aproximativ 45 de minute, astfel încât este nevoie doar de o pauză de masă pentru ca dinţii să fie albi, metoda fiind rapidă şi inofensivă, oferind o diferenţă de albire de până la 9 nuanţe pe cheia de culori Vita. Sistemul patentat Zoom2 presupune utilizarea unei lămpi care emite radiaţie ultravioletă în vederea activării gelului de peroxid de hidrogen. Acesta este activat prin reacţia foto-fenton a peroxidului şi a fierului dizolvat. Clinica stomatologică Royal Dental a ales acest tratament deoarece studiile ştiinţifice au dovedit absenţa totală a efectelor negative asupra smalţului dentar.

Un alt tratament utilizat de medicii stomatologi ai Royal Dental este Opalescence, special pentru a putea fi folosit şi acasă. Opalescence este primul tratament profesional de albire a dinţilor acceptat de ADA (American Dental Association), cu care se obţin rezultate semnificative în decurs de doar câteva zile. Este disponibil numai în cabinete şi clinici stomatologice şi se realizează doar sub monitorizarea medicului stomatolog, care îi va lua o amprenta pacientei în vederea realizării gutierei, iar apoi îi va explica aplicarea gelului. Se poate realiza atât în clinica dentară cât şi acasă. Majoritatea pacientelor preferă să folosească gelul în timpul somnului. Durata tratamentului va fi decisă de medicul stomatolog.

De ce este mai eficient la dentist?

Aşadar, eficienţa maximă în condiţii de siguranţă a tratamentelor de albire profesională se obţine în clinicile stomatologice precum Royal Dental, unde medicii dentişti specializaţi aplică fiecărei paciente tratamentul corespunzător. Medicii dentişti Royal Dental evidenţiaza necesitatea unei igienizări dentare (detartraj, periaj profesional) înaintea albirii profesionale, iar posttratament oferă sfaturi şi recomandări pentru păstrarea albului impecabil cât mai mult timp. Tutunul, cafeaua, ceaiul, vinul roşu, sucurile colorate, soia şi curry sunt doar câteva dintre alimentele care ne „colorează" dinţii.

Dacă doreşti să fii admirată pentru zâmbetul tău, Royal Dental este clinica dentară care îţi poate oferi albul dinţilor mult visat!

Sângerarea gingivală

Sângerarea gingivală reprezintă caria dentară, afecţiunea cel mai des întâlnită, localizată la nivelul cavităţii orale, prevalent variind între 60% şi 90%, femeile fiind mai afectate decât bărbaţii. Chiar şi copiii pot fi afectaţi, din cauza efectuării unor tehnici de periaj incorect sau, în ambele cazuri, din cauza neefectuării acestuia.

Când este indicat să ne alarmăm şi să ne prezentăm la cabinetul stomatologic?

Deşi, adesea, nu i se acordă importanţă, sângerarea gingivală reprezintă primul simptom care ar trebui să se constituie într-un veritabil semnal de alarmă în ceea ce priveşte probabilitatea dezvoltării unei afecţiuni gingivale sau parodontale. Desigur, sângerarea de natură traumatică, survenită în urma unei accidentări, nu trebuie să ne alarmeze, însă, atunci când gingiile sângerează spontan, fără nici un motiv, este indicat să apelaţi la serviciile unui cabinet de medicină dentară.

Care sunt cauzele ce pot determina apariţia sângerării gingivale?

De cele mai multe ori, sângerarea gingivală este un simptom al unei afecţiuni numite gingivită simplă sau gingivită marginală cronică.

Gingivita este o consecinţă a exacerbării speciilor patogene de bacterii din placa bacteriană, a ruperii echilibrului de la acest nivel.

Dintre factorii locali, cel mai des implicaţi sunt:

- fumatul
- igiena orală deficitară
- existenţa lucrărilor protetice incorect realizate sau vechi, dezadaptate
- prezenţa cariilor dentare netratate
- obturaţii (plombe) debordante care nu refac morfologia dintelui sau care intră în contact direct cu gingia, devenind spine iritative pentru aceasta.

Factori generali:

- consumul exagerat de dulciuri şi mâncărurile de tip fast food.

Zaharurile încurajează formarea plăcii bacteriene. Acizii produşi de bacterii şi toxinele erodează şi inflamează gingiile. De asemenea, efectuarea unui periaj dentar incorect, intempestiv, poate leza structura gingivală.

Existenţa altor afecţiuni sau stări fiziologice poate reprezenta un factor declanşator al gingivitei; astfel: există gingivita de sarcină, din DZ, gingivita HIV, gingivita indusă medicamentos (din cauza contraceptivelor, Hidontoinei, Nifedipinului, antidepresivelor), gingivita care însoţeşte tulburări imunitare, gingivita de menopauză, din leucemii şi lupus.

Cum se manifestă sângerarea gingivală ?

Gingia reprezintă un ţesut fibros, bine vascularizat şi ferm ataşat de os, a cărui culoare, în mod normal, este roz-coral. În general, afecţiunea acesteia debutează prin:

- prurit şi modificarea culorii (roşu aprins); apoi apare sângerarea gingivală spontană sau provocată de stimuli mecanici (mâncarea, periuţa de dinţi, limba); urmează apoi modificări de volum şi consistenţă, modificări de formă, toate provocându-i pacientului disconfort în cazul consumului de băuturi acidulate sau mâncăruri condimentate, prin apariţia senzaţiei de arsură. Alte manifestări specifice sunt: halitoza (respiraţie urât mirositoare) şi, mai rar, apariţia unor mici puncte de puroi. Este foarte important ca şi în această fază pacientul să continue periajul dentar şi măsurile suplimentare de igienă (apă de gură, aţă dentară), deşi, la început, poate apărea ideea eronată că aceasta, prin disconfortul creat ar agrava boala.

Întreruperea periajului poate duce la o dezvoltare rapidă a bacteriilor patogene din placa bacteriană, boala putând evolua spre o parodontită al cărei rezultat final este pierderea dinţilor de pe arcadă.

Cum se tratează această afecţiune gingivală ?

Gingivita este o boală tratabilă, reversibilă. Îndepărtarea agenţilor etiologici sau controlul sunt esenţiale:

- renunţarea la fumat
- refacerea lucrărilor protetice defectuoase
- readaptarea sau refacerea obturaţiilor
- îndepărtarea tartrului prin detartraj şi periaj profesional corect cel puţin de 2 ori pe an.

Cum se poate preveni aceasta afecţiune?

Sângerarea gingivală se poate preveni prin efectuarea de cel puţin de 2 ori/zi a unui periaj dentar corect dimineaţa şi seara, după mesele principale, utilizarea aţei dentare, folosirea apei de gură şi, în unele cazuri, apelarea la periuţele interdentare, capabile să cureţe şi spaţiile foarte mici dintre dinţi.

Tehnica de periaj corect:

- se realizează secvenţial pe grupe de dinţi
- se realizează cu gura deschisă, cu mişcări de curăţare verticale, dinspre gingie spre dinte, poziţia periuţei fiind orientată la 45° cu perii spre gingie. Se realizează întâi pe feţele anterioare ale dinţilor, pe grupuri de dinţi, dintr-o parte în alta, apoi pe cele posterioare, iar la sfârşit, pe suprafeţele ocluzale, când periuţa este perpendiculară pe ele, realizarea mişcărilor de du-te-vino. Mişcarea se repetă de 4-5 ori. Se începe cu dinţii de la maxilar, apoi se continuă cu cei de pe mandibulă. Descoperirea afecţiunilor gingivale într-un stadiu incipient reprezintă cheia menţinerii dinţilor pe arcadă un timp cât mai îndelungat.

Dr. Eliza Stîngă

Lipsa unui dinte - posibilităţi de tratament

Primii dinţi care aparţin dentiţiei definitive apar în cavitatea oralã în jurul vârstei de şase ani. Primul molar (mãsea) definitiv joacã, de regulã, un rol foarte important în menţinerea unei masticaţii normale şi este, de obicei, primul dinte pe care adultul îl pierde. Motivele pierderii acestuia sunt numeroase. Apãrând în cavitatea oralã la o vârsta fragedã, copilul nu conştientizeazã importanţa pãstrãrii unei igiene orale adecvate şi atunci mãseluţa respectivã este prima afectatã de leziuni carioase.

Foarte frecvent, pacienţii adulţi ajung sã aibã aceste masele devitalizate (fãrã nerv) îmbrãcate cu diferite tipuri de coroane din cauza distrucţiilor suferite în urma cariilor profunde. Studiile în domeniu aratã cã, de obicei, durata medie de existenţã a coroanelor dentare este de aproximativ 10,3 ani. Coroanele se pierd în urma eşecurilor tratamentelor endodontice (îndepãrtarea nervului), caz în care, pentru remedierea problemelor, este de obicei necesarã îndepãrtarea coroanei, sau ca urmare a fracturãrii materialului din care sunt confecţionate fie din cauza descementãrii (dezlipirii) de pe dintele pe care îl îmbracã. O altã cauzã este fracturarea dintelui care este îmbrãcat de coroanã. În toate aceste situaţii când coroana este compromisã, dacã starea dintelui rãmas nu permite refacerea tratamentului şi a coroanei, medicul stomatolog va recomanda extracţia dentarã.

După extracţie, va trebui sã ne adresãm cât mai repede medicului stomatolog pentru a înlocui, într-un fel sau altul, dintele pierdut. În urma extracţiei sunt afectate serios fizionomia, masticaţia, mirosul respiraţiei (pentru cã în acel spaţiu rãmas în urma extracţiei vor stagna mereu resturi alimentare care vor intra în putrefacţie), vorbitul şi toţi ceilalţi dinţi din cavitatea oralã pentru ca dinţii ramaşi încep sã migreze, adicã sã se deplaseze. Deşi aparent banalã, o simplã extracţie poate duce la probleme foarte mari de sãnãtate oralã . În cazul pierderii unui dinte avem la îndemânã mai multe soluţii:

PUNTEA DENTARÃ
- constã în realizarea unei lucrări asemãnãtoare unui pod care se sprijinã pe dinţii vecini extracţiei. Avantajul acestei soluţii este faptul cã se poate fi realizatã de orice medic stomatolog care are o experienţã minimã. Asta nu înseamnã cã nu existã diferenţe majore între punţile dentare, în funcţie de clinica în care au fost realizate, de medicul care a pregãtit dinţii de sub lucrare şi de materialele din care au fost confecţionate.

Dezavantajul major al acestei soluţii este că, pentru obţinerea punţii, este necesară şlefuirea şi îmbrăcarea dinţilor de lângă extracţie. De cele mai multe ori, această procedură este însoţită şi de îndepărtarea nervului celor doi dinţi pe care se sprijină puntea. De aceea, această soluţie este indicată pentru pacienţi mai ales atunci când dinţii de lângă extracţie sunt destul de afectaţi de procese carioase mari, care oricum ar duce la îmbrăcare, folosindu-se coroane dentare. Un alt dezavantaj este acela că periajul dentar nu este suficient pentru igienizarea punţilor dentare, deoarece sub acestea rămân, de obicei, resturi alimentare care pot fi îndepărtate doar cu duşul bucal sau super floss (o aţă dentară specială destinată igienizării lucrărilor)

IMPLANTUL DENTAR

După ce, ani de-a rândul, pacienţii au fost sfătuiţi de stomatologi să-şi îmbrace dinţii adiacenţi extracţiei, deoarece, în cazul lipsei unui dinte, cea mai bună soluţie era puntea dentară, în ultimii ani, au devenit tot mai populare şi la noi implanturile dentare. Implanturile dentare reprezintă cea mai bună soluţie în cazul lipsei unui dinte. Implanturile sunt folosite în ţările dezvoltate de peste treizeci de ani şi, astfel, utilizarea acestora nu mai ridică niciun semn de întrebare în rândul medicilor implantologi.

Acestea nu sunt altceva decât nişte şuruburi din titan sau zirconiu, care sunt inserate, în cadrul unei intervenţii chirurgicale complexe, dar totuşi foarte simple pentru pacient. atunci când cel care efectuează procedura este un medic implantolog experimentat.

Implantul este inserat în locul rădăcinii dentare care a fost extrasă. De regulă, intervenţia chirurgicală pentru inserarea unui implant durează 30 de minute şi, datorită anesteziei locale, pacientul nu suferă nicio durere în timpul intervenţiei. Deşi mulţi pacienţi se tem de implanturi, frica acestora nu este justificată. Procedura de inserţie a implantului dentar este mult mai puţin traumatică decât extracţia unui dinte. După intervenţie, pacientului i se administrează antibiotice şi antialgice şi astfel nu apare nicio durere.

În comparaţie cu punţile dentare, în afară de faptul că, pentru realizarea acestora, era necesară îmbrăcarea a doi dinţi sănătoşi, care de foarte multe ori nu aveau nicio carie, tratamentul în sine de

pregătire a dinţilor care urmau a fi îmbrăcaţi dura mult mai mult decât timpul necesar inserţiei unui implant. De implantul dentar este fixată o piesă numită bont dentar. Acesta este îmbrăcat cu o coroană fizionomică din porţelan sau zirconiu şi, astfel, dintele de pe implant va arăta identic cu cel pe care l-am pierdut.

Inserţia implantului este indicat să fie realizată cât mai curând după extracţie, de foarte multe ori medicul indicând ca procedura să fie realizată în aceeaşi şedinţă cu extracţia, deoarece, imediat după extracţie, osul în care a fost implantată rădăcina fostului dinte începe să se resoarbă, dinţii vecini încep să se deplaseze.

Uneori, în cazul pacienţilor care vor să-şi rezolve problemele dentare la mulţi ani după pierderea dinţilor, se poate ca medicul stomatolog să le recomande mai întâi purtarea unor aparate dentare pentru îndreptarea dinţilor care au migrat sau operaţii chirurgicale care cresc volumul de os (adiţii de os, sinus lifting) şi abia apoi este introdus implantul dentar. De aceea, este bine să întrebam medicul stomatolog despre opţiunile înlocuirii dintelui pierdut cât mai curând după extracţie sau chiar înainte de aceasta.

Cine efectuează operaţia de inserţie a implantului dentar? În urma recomandării medicului dumneavoastră stomatolog generalist, vă puteţi adresa unui medic stomatolog specializat în implantologie.

Dr. Raul Paraschivescu,
Medic Stomatologie Generală
Competenţă Implantologie/Chirurgie BMF
Velvet Dental Clinics

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE CARDIOLOGIE

CONGRESUL NAȚIONAL DE CARDIOLOGIE

3-5 octombrie 2013

CENTRUL INTERNAȚIONAL DE CONFERINȚE - SINAIA

Pentru informații:

Secretariatul Societății Române de Cardiologie
Tel/Fax: 021 250 01 00
E-mail: office@cardioportal.ro
www.cardioportal.ro / www.cardioinfo.ro

Operator al Serviciilor Congresului:

MEDIA MED PUBLICIS
Tel/Fax: 031 10132 24
www.mediamed.ro

Natural Pharmaceuticals

CALCIMAG B6 Sirop 150 ml

Conține/1ml soluție: Lactat de Calciu 26 mg, Citrat Malat de Calciu 6 mg, Lactat de Magneziu 25 mg, Vitamina B6 0,05 mg, Vitamina C 25 mg.

Siropul **CALCIMAG B6** conține calciu, magneziu și vitamina B6. Aceste trei elemente conlucrează pentru menținereasănătății sistemelor osos, muscular și nervos. Calciul este indispensabil structurii osoase, iar Magneziul controlează concentrația constantă a calciului din sânge, reglează ritmul cardiac și tensiunea arterială. Vitamina B6 stimulează producția de anticorpi și ajută la asimilarea în organism a proteinelor și lipidelor; asociată cu Magneziul și Vitamina C contribuie la creșterea imunității și a nivelului energetic al organismului.

Acest produs nu trebuie să înlocuiască un regim alimentar variat.

ISO 9001 Certificat nr. 47 / 06.06.2013

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

www.naturalpharmaceuticals.ro

Organizator:
Societatea Română de Chirurgie Cardiovasculară

În parteneriat cu:
Societatea de Medici şi Naturalişti Iaşi

Al 9-lea Congres Național al Societății Române de Chirurgie Cardiovasculară

Simpozion Omagial "180 de Ani ai Societății de Medici şi Naturalişti Iaşi"

Al 5-lea Simpozion al Asistenților de Chirurgie Cardiovasculară, ATI şi Circulație Extracorporeală

Manifestări însoțite de o expoziție medicală specializată

Iaşi, România
26 - 29 septembrie 2013

www.srccv.com

Management Congres:

RALCOM®

Ralcom Exhibitions srl - Divizia Ralcom Medical
Tel.: +40 21 210 58 14, +40 21 210 65 40;
Fax: +40 21 212 27 02 • www.ralcom.ro