221

săptămâna MEDICALĂ

Anul XIV • Nr. 221 • 15 ianuarie 2018

„Cu testul FABER, alergia ta nu mai este un mister…“

faber

Avansat
Complet
Precis
Sensibil

Descoperă-ți alergia printr-un singur TEST

Allergyfarma

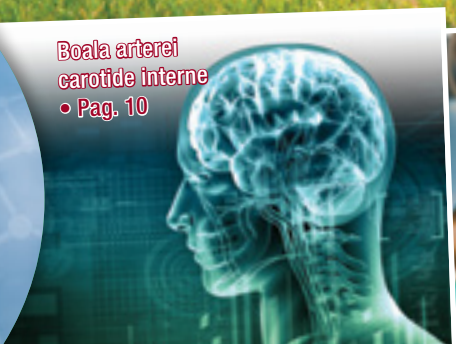
Astigmatism. Ce este și cum se tratează? 7

Reversibilitatea insuficienței cardiace 8

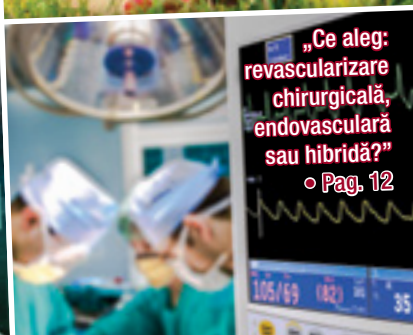
Cardio-oncologia în actualitate 9

Ianuarie, luna detoxifierii 24

Spirulina – vitalitate și energie din natură 26



Boala arterei carotide interne • Pag. 10



„Ce aleg: revascularizare chirurgicală, endovasculară sau hibridă?” • Pag. 12

GeloRevoice®

• Complexul de hidrogel alcătuiește o peliculă protectoare peste zonele iritate.

• Ameliorează eficient simptomele.

Distribuitor:

CHIMIMPORTEXPORT – PLURIMEX S.R.L.

27 de ani de experiență

Str. Tunari nr. 26, sector 2, București, 020527
Tel: 0040 21 2118568, 0040 21 2107687;
Fax: 0040 21 2107421, 0040 21 2101259
www.chimimport.ro; e-mail: office@chimimport.ro

POHL BOSKAMP

Descoperă-ți alergia printr-un singur TEST

Testul Faber poate fi utilizat pentru diagnosticarea reacțiilor alergice produse printr-un mecanism imunologic în care sunt implicati anticorpii de tip IgE atât la copii cât și la adulți.

Testează sensibilizarea alergică IgE mediată la 122 de extracte alergenice si 122 molecule alergenice. Este o metodă de diagnostic utilă pentru confirmarea alergiilor de tip rinite alergice,astm,alergii alimentare și dermatită atopică și chiar esofagită eozinofilică. Informațiile oferite sunt foarte prețioase la pacienții polisensibilizați în vederea alegerii corecte a dietelor restrictive în cazul alergiilor alimentare dar și pentru alegerea corectă a vaccinărilor sau imunoterapiilor specifice în cazul alergiilor respiratorii. Este corect sa fie indicată de un medic alergolog în urma unui consult de specialitate. Această analiză cu testul Faber poate fi precedată de alte investigații de tipul testărilor cutanate prick sau determinărilor serologice de IgE-uri specifice atât față de extracte alergenice cât și față de moleculele alergenice.

Testul FABER 244 utilizează o mică cantitate de ser (120 µl). Testul FABER se poate efectua în cazul pacienților de vârstă pediatrică, în cazul persoanelor vârstnice și în toate condițiile în care alte teste nu se pot efectua.

Pentru a efectua testul FABER nu este necesar ca persoanele să fie cu stomacul gol, aceste test nefiind influențat de administrarea de medicamente inclusiv a celor prescrise pentru tratarea alergiei. Se poate efectua în toate acele cazuri, foarte frecvente, în care pacientul suferă de dermatită generalizată (de ex. urticarie, eczemă) care ar împiedica efectuarea testelor cutanate.

Testul FABER este fundamental în întreaga patologie alergică precum rinite, astm, urticarie, eczeme, anafilaxie, conjunctivită, tulburări ale aparatului gastro-intestinal. Testul FABER este foarte util pentru screeningul și diagnosticarea precoce, în special în cazul subiecților cu istoric bogat de boli alergice, sau când sunt detectate valori de IgE totale crescute. Interpretarea tablourilor de diagnosticare cele mai complexe alte testului FABER este susținută de medici specialiști în alergologie moleculară. Rolul specialistului în alergologie moleculară constă în personalizarea interpretării fiecărui test în parte pe baza rolului desfășurat de fiecare dintre molecule, înțelese ca markeri de risc și a implicării altor surse alergenice evaluate prin intermediul extractelor.

Pe baza descrierii profilului alergologic personalizat, acest nou instrument de screening și diagnosticare, permite medicului alergolog adoptatea celor mai potrivite decizii în legătură cu recomandările medicale de specialitate, care vor cuprinde măsurile de prevenție, dietele restrictive, tratamentului medicamentos dar ,mai ales , alegerea corectă a imunoterapiei sau desensibilizării alergen specifice.

Un alt avantaj al acestui test constă în vizualizarea prietenoasă a raportului, accesibilă nu doar pe computere desktop și laptopuri, dar și pe toate dispozitivele mobile moderne, precum smartphone-urile sau tabletele. Dintr-un singur click, medicii și pacienții pot accesa ușor rezultatele amănunțite ale testului FABER, în opt limbi diferite, inclusiv limba română."

faber

Descoperiți-vă Alergia!

Întrebați medicul alergolog despre testul FABER.

Pentru mai multe informații vizitați site-ul nostru:

www.allergyfarma.ro

Testul se efectueaza la **Clinica Medicum** din București

Allergyfarma

O combinație periculoasă

În primele 9 locuri ca frecvență a comorbidităților regăsim cel puțin 4 afecțiuni cardiovasculare. Un studiu a arătat că prevalența comorbidităților este următoarea: 2,7% hipertensiune pulmonară, 8% emfizem pulmonar, 0,5-2,7% tromboembolism, 20,2% insuficiență cardiacă, 5,9% sindrom de apnee în somn, 3% cancer pulmonar, 7,2% reflux gastro esofagian, 3,2% infarct miocardic, 3,4% depresie, etc. Consecința acestor asocieri este dezastroasă. Se moare devreme adesea prin comorbidități care sapă progresiv și permanent. Capul de afiș ca și în cazul altor afecțiuni respiratorii cronice rămâne grupul masiv de boli cardiovasculare. În primele 8 cauze de mortalitate sunt 3 comorbidități cardiovasculare (insuficiența cardiacă, bolile ischemice cardiace și tromboembolismul). Există și o întrebare în cazul multora dintre aceste comorbidități asociate fibrozei, ce a fost întâi: oul sau găina? Factori de risc comuni precum fumatul, poluarea sau asocierea unor comorbidități secundare precum diabetul zaharat, refluxul gastric ar putea argumenta apariția acestei simbioze morbide. Bolile cardiovasculare sunt prezente însă prioritar atât pe parcursul progresiei cât și în ultimele momente din viața pacienților. 20% dintre bolnavii cu fibroză pulmonară au boli cardiovasculare și 1/3 din decesele înregistrate prin această afecțiune respiratorie apar datorită calupului de suferințe cardiovasculare amintite anterior.

Concluzia generală a clinicienilor este că bolile cardiovasculare au un efect semnificativ asupra mortalității iar dispneea și hipoxia generată de bolile cardiovasculare pot fi mascate la acești pacienți. Pe de altă parte bolile cardiace pot fi agarvate de hipoxia și hipertensiunea pulmonară. De aceea, este importantă monitorizarea acestei categorii de bolnavi atât de către pneumologi.

Florin Mihălțan,
Institutul de Pneumologie M. Nasta-București

săptămâna
MEDICALĂ

Cuprins

Descoperă-ți alergia printr-un singur TEST . . .3
Copiii sunt candidați excelenți pentru lentile de contact. 6
Astigmatism. Ce este și cum se tratează?. 7
Reversibilitatea insuficienței cardiace. 8
Cardio-oncologia în actualitate 9
Boala arterei carotide interne – una din cauzele accidentului vascular cerebral 10
„Ce aleg: revascularizare chirurgicală, endovasculară sau hibridă?”. 12
Capsula endoscopică în bolile inflamatorii intestinale 14
Medicina integrata Sciencemed trateaza cu rezultate foarte bune disuria, infecția urinară și depresia!. 15
Susținem natalitatea! 18
Examinarea morfologică de prim trimestru . .20
Ulcerele piciorului diabetic - costuri 22
Ianuarie, luna detoxifierii organismului. 24
Spirulina – vitalitate și energie din natură . . .26
Melanomul 28
Acneea vulgară – relația patogenie, forme clinice și tratament. 29
Cura endovasculară a anevrismului de aortă abdominală – EVAR. 30

Foto revistă: Shutterstock

Coordonator medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie

Editor: Fin Watch
Calea Rahovei, nr. 266-268, Sector 5, București,*
Electromagnetica Business Park, Corp 60, et. 1, cam. 19
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

Tiraj: 25.000 ex.
ISSN 2067-0508

FIN WATCH

ZANO
inspire

NEBULIZATOR CU COMPRESOR

Terapie cu aerosoli pentru ameliorarea rapidă a simptomelor afecțiunilor respiratorii.

Potrivit pentru copii

UniComs Switzerland GmbH

Copiii sunt candidați excelenți pentru lentile de contact

Lentilele de contact sunt dispozitive de corecție optică, pe care le aplicăm direct pe suprafața oculară, mai exact pe cornee

Dr. Diana Grigoriu
Medic specialist oftalmolog
Clinica Oftapro, București
www.oftapro.ro

Copiii pot purta lentile de contact?

Răspunsul simplu este DA. Copiii sunt interesați de ele pentru că reprezintă o alternativă la ochelari ce le oferă o libertate mai mare de mișcare.

Care sunt avantajele purtării lentilelor de contact la copii?

- o vedere mai clară, iar, în cazul dioptriilor mari corectate prin lentile de contact, acuitatea vizuală devine mai bună
- obțin un câmp vizual mai larg
- pot practica mult mai ușor diverse sporturi individuale și de echipă
- crește probabilitatea să poarte corecția optică necesară dacă dispare teama de a strica sau pierde ochelarii
- creșterea încrederii în sine.

De la ce vârsta este indicat să începem purtarea lentilelor de contact?

Vârsta nu este un criteriu ci atitudinea copilului și a părinților.

Copiii pot deveni purtători de lentile în momentul în care sunt suficient de motivați, sunt responsabili și capabili să respecte cu strictețe regulile de igienă.

Un alt aspect este susținerea din partea părinților. Aceștia trebuie să supravegheze copilul până se deprinde cu rutina să scoată lentilele seara, să nu doarmă cu ele, să le curețe (dacă nu sunt de unică folosință), să schimbe soluția de întreținere, să-și însușească manevrele de pus și scos lentilele. Copiii se adaptează foarte ușor iar un bun obicei odată însușit, se menține și la vârsta adultă. Instruirea și chiar reinstruirea copiilor și a părinților de către oftalmolog sunt esențiale.

Deci, chiar și copiii de 6-7 ani, dacă sunt motivați și ajutați, reușesc.

În anumite situații, în ***scop terapeutic***, medicul oftalmolog poate indica portul lentilelor de contact chiar de la vârste foarte mici:

- *după operația de cataractă congenitală* fără implant de cristalin
- *tratamentul ambliopiei (ochiul leneș)* - se asociază, de obicei, cu ocluzia temporară (acoperirea) ochiului sănătos. Se pot obține o integrare mai bună a vederii periferice și centrale și o vedere binoculară îmbunătățită.
- *încetinirea progresiei miopiei la copil* - Există o tehnică nouă de adaptare a lentilelor de contact - **orthokeratologie**. Lentile cu un design special realizează o remodelare blanda a corneei pe timpul nopții, permițând astfel copilului cu miopie să vadă bine (fără ochelar sau lentile) pe timpul zilei. Aceste lentile trebuie purtate minim 6-8 ore pe noapte, iar dimineața copilul le scoate. Efectul este total reversibil după 48-72 de ore de la întreruperea purtării lor.

Material optim și modalități de purtare

Medicul oftalmolog va stabili, în urma unui examen oftalmologic complet, dacă pacientul este un bun candidat pentru lentile și care sunt cele mai potrivite pentru el. În cazul copiilor, cea mai bună opțiune sunt lentilele de contact de unică folosință din silicon hidrogel. Din punct de vedere al igienei, acestea sunt cele mai sigure, nu necesită întreținere iar materialele de tip silicon-hidrogel sunt preferate pentru cantitatea mare de oxigen care ajunge la cornee.

Concluzii

Medicul oftalmolog trebuie sa aibă inițiativa și să propună lentilele de contact pentru copii. Mulți părinți, datorita lipsei de informare, consideră că nu se pot purta lentile decât de la vârsta adolescenței.

Copiii sunt foarte entuziasmați în legătură cu portul acestora, sunt capabili să îngrijească lentilele și au multe beneficii de la purtarea acestora. Lentilele din silicon-hidrogel constituie o opțiune sigură pentru sănătatea ochilor copiilor.

Astigmatism. Ce este și cum se tratează?

Dacă aveți astigmatism, nu aveți o boală, ci un viciu de refracție, adică o curbură neregulată a corneei, care face ca un punct să fie văzut ca o pată. Deși este neplăcut, deoarece nu vedeți bine, nu este un diagnostic periculos și poate fi corectat cu ochelari, lentile de contact sau prin operație.

Dr. Andrei Filip
Medic Primar,
Specialist Oftalmolog,
Doctor în Științe Medicale
Clinica de oftalmologie
Ama Optimex

În oftalmologie, astigmatismul se încadrează ca afecțiune la viciile de refracție ale ochiului, adică acele afecțiuni care determină vedere neclară. Curbura neregulată a corneei face ca razele de lumină să nu fie focalizate corect la nivelul retinei, de aici și vederea neclară, în ceață, atât la distanță, cât și la aproape. De aceea, simțiți tot timpul nevoia de a miji ochii, de a-i strânge, de a-i face mici, pentru a clarifica imaginea și a vedea bine. Efortul vizual este permanent și de aceea poate apărea oboseala oculară, cefaleea sau sensibilitatea la lumină.

De obicei, ne naștem cu astigmatism, este congenital, și se pare că toți avem un anumit grad de astigmatism la naștere. El este ereditar, astfel că apare la copiii cu unul sau ambii părinți cu astigmatism. Mai mult, astigmatismul se poate asocia cu miopia sau hipermetropia, astfel că există mai multe tipuri: astigmatism simplu, miopic, hipermetropic sau mixt. În cazul în care astigmatismul apare mai târziu în viață, poate fi determinat de o afecțiune severă a corneei numită Keratoconus, prin care corneea se subțiază și bombează progresiv, putând afecta grav vederea. În această situație boala trebuie diagnosticată și tratată la timp.

Astigmatismul se diagnostichează în cadrul unei consultații oftalmologice. Copiii care se nasc cu astigmatism nu realizează că au un defect de vedere, că văd neclar, iar efortul depus la școală îi alarmează pe părinți sau pe învățători. Un consult oftalmologic, efectuat în jurul vârstei de 3 ani, de altfel vârsta la care copilul trebuie dus obligatoriu la oftalmolog, poate evita ajungerea în astfel de situații și corectarea astigmatismului din timp.

Cum se corectează astigmatismul?

Există corecție optică a astigmatismului, cu ochelari sau lentile de contact (moi sau rigide), și corecție permanentă prin chirurgie refractivă - operație de reducere a dioptriilor.

Ochelarii în cazul astigmatismului au lentile cilindrice, cu rolul de a corecta proiecția razelor de lumină pe retină și a oferi o imagine clară. În primă fază, ochelarii cu lentile cilindrice creează disconfort, puteți avea senzații de amețeală și este nevoie de o perioadă de adaptare până vă obișnuiți cu corecția optică.

Lentilele de contact moi, torice, sunt prescrise tot pentru corecția optică, însă este important de menționat că acestea se pot mișca ușor, ceea ce poate duce la imagini neclare. Lentilele de contact rigide pot fi o soluție bună în corecția astigmatismului cu valori mari sau în cazul keratoconusului.

Atât ochelarii de vedere, cât și lentilele de contact corectează vederea în timpul purtării. Pentru o corecție permanentă se poate face o operație pentru reducerea dioptriilor în timpul căreia se modifică raza de curbură a corneei, rezultatul fiind o vedere bună fără ochelari sau lentile de contact. În funcție de dioptrii și de mai multe particularități anatomice ale ochilor există mai multe tehnici pentru reducerea dioptriilor: PRK, FemtoLASIK, ReLEx SMILE, implant în scop refractiv. PRK este prima generație de chirurgie refractivă, FemtoLASIK este a doua generație, iar ReLEx SMILE este cea de-a treia generație și cea mai modernă. Cu ajutorul tehnicii SMILE pot fi corectate până la -15 dioptrii combinate miopie și astigmatism miopic, respectiv până la -5 dioptrii astigmatism. Operația este ușoară, fără durere în timpul intervenției sau după, iar recuperarea este rapidă, în 72 de ore vă puteți relua aproape toate activitățile obișnuite.

Pentru keratoconus se poate realiza un tratament modern numit crosslinking.

www.amaoptimex.ro
www.scapadeochelari.ro
www.cataracta.ro

Reversibilitatea insuficienței cardiace

Până nu cu mult timp în urmă cărțile academice de cardiologie îi învățau pe cei cărora le erau dedicate că insuficiența cardiacă congestivă (ICC) cu disfuncție sistolică de ventricul stâng este o condiție patologică ireversibilă și cu prognostic la fel de rezervat ca al cancerului avansat, adică deces în următorii doi ani.

Prof. dr.
Mircea Cinteză,
Spitalul Universitar
de Urgență, București

Progresele medicinii din ultimile decenii demonstrează însă că acest proces poate fi complet reversibil și cu consecințe extrem de favorabile pe prognostic.

Remodelarea cardiacă legată de insuficiența cardiacă congestivă privește în special ventriculul stâng. Studiile ample ale ultimilor ani au arătat că diversele tratamente, atât medicamentoase, cât și mecanice, pot conduce la o revers-remodelare completă, cu recuperarea funcției contractile și a aspectului histologic normal. Una din condiții este îndepărtarea cauzei. Exemple pot fi revascularizarea completă în caz de miocard hibernant sau îndepărtarea stenozei aortice prin protezare. Chiar și în aceste condiții în trecut se considera că, dacă aceste operații au loc ”prea târziu” miocardul nu își mai revine, funcțional și histologic și își continuă evoluția ireversibilă spre deces.

Astăzi se știe că aplicarea concomitentă și viguroasă a unor măsuri suportive ale cordului poate conduce la reversibilitatea remodelării maladaptative, până la recuperare completă. Dintre medicamente, beta-blocantele sunt cele mai eficiente în această direcție, demonstrându-se numeroase mecanisme histochimice de favorizare a recuperării.

Transplantul de celule în miocardul din ICC sau manipularea genetică a propriilor celule sunt alte modalități dovedite a contribui la revers-remodelare. Bugetele alocate acestor subdomenii de cercetare sunt imense, în speranța că transplantul celular va obține rezultate clinice mai concludente.

Cea mai importantă realizare în domeniu este însă utilizarea, pe scară din ce în ce mai largă și pe termen foarte lung (chiar toată viața) a dispozitivelor mecanice mobile de asistare a funcției sistolice a ventriculului stâng. Progresul tehnologic face ca energia consumată din baterie să fie minimă, deoarece rotorul se mișcă prin levitație magnetică și frecarea părților mecanice ale pompei dispare Miniaturizarea va permite în viitorul apropiat introducere acestor pompe artificiale pe cale intervențională, fără ajutorul chirurgiei. În aceste condiții s-a constata că, punând ventriculul în repaus relativ, pompa artificială a contribuit la refacerea completă a funcției contractile a acestuia, în unele cazuri putându-se obține, după câțiva ani, explantarea suportului mecanic și reluarea funcției normale a inimii ajunse mai devreme în stadiul de insuficiență cardiacă severă și ulterior recuperată.

Cardio-oncologia în actualitate

Prof. Dr. Carmen Ginghină

Șef Secție Cardiologie
Institutul de Urgență
pentru Boli Cardiovasculare
„Prof. C.C. Iliescu"

Afecțiunile oncologice au căpătat o frecvență din ce în ce mai mare. Ele interesează oameni de diferite vârste (foarte tineri sau foarte vârstnici), care n-au avut o patologie asociată anterioară sau se asociază abia acum când cancerul a început să facă dezastrele obișnuite...

În plus tratamentul oncologic are o seamă de efecte secundare – în special cardiace – care înrăutățește tabloul clinic.

De aceea – cardio-oncologia s-a dezvoltat progresiv – încercând să înțeleagă, să rezolve parțial și să dezvolte – prin combinații – noi metode de tratament.

Astfel – în diversele lucrări sunt tratate incidențele disfuncției de ventricul stâng asociate cu drogurile chimioterapice precizându-se incidența frecvenței producerii efectelor secundare. În mod special sunt trecuți în revistă factorii asociați cu riscul de cardiotoxicitate care urmează tratamentului cu antracicline: doza cumulativă, sexul feminin, vârsta (populația peste 65 ani și cea sub 18 ani), insuficiența renală, radioterapia care interesează inima, chimioterapia concomitentă și condițiile preexistente (cum ar fi bolile cardiace asociate cu creșterea stresului de perete, hipertensiunea arterială, factorii genetici).

Disfuncția miocardică și insuficiența cardiacă pot fi induse de diferite chimioterapii cu efecte deosebite asupra diverșilor bolnavi. Astfel – compușii de tip anti-HER2 și inhibitorii de VEGF au efecte deosebite și în funcție de bolile cardiace pe care le-au avut înainte bolnavii plus terapiile antecedente.

Astfel încât factorii de risc pentru cardiotoxicitate se împart în:

***Boli miocardice curente* cum ar fi**

- insuficiența cardiacă;
- disfuncția asimptomatică de ventricul stâng;
- evidențe ale bolii coronariene (infarct miocardic în antecedente, angină, terapie intervențională sau chirurgicală);
- dilatare moderată sau severă de ventricul stâng;
- boală hipertensivă cu hipertrofie VS;
- cardiomiopatie hipertrofică;
- cardiomiopatie dilatativă;
- cardiomiopatie restrictivă;
- sarcoidoză cardiacă;
- aritmii cardiace semnificative;

și *Factorii demografici și alți factori de risc cardiovasculari*:

- vârsta,
- istoricul familial de boală cardiacă prematură,
- hipertensiunea arterială,
- diabetul zaharat,
- hipercolesterolemina,
- fumatul,
- obezitatea,
- consumul excesiv de alcool,
- sedentarismul.

Există diverse metode propuse pentru detecția cardiotoxicității:

- **ecocardiografia**, care are ca avantaje disponibilitatea extinsă, lipsa radiațiilor, evaluarea hemodinamică a altor structuri cardiace;
- **imagistica nucleară** – având ca avantaj reproductibilitatea și ca dezavantaj expunerea cumulativă la radiații, informațiile limitate structural asupra altor structuri cardiace;

> **rezonanța magnetică cardiacă** care are o bună acuratețe, reproductibilitate, detectează fibroza miocardică, dar disponibilitatea este limitată și adaptarea pacientului la fel;

> **biomarkerii cardiaci** oferă acuratețe, reproductibilitate, disponibilitate largă și sezitivitate înaltă.

Ischemia miocardică, infarcul și aritmiile care induc ischemia sunt efectele secundare cele mai frecvente ale terapiilor anticanceroase.

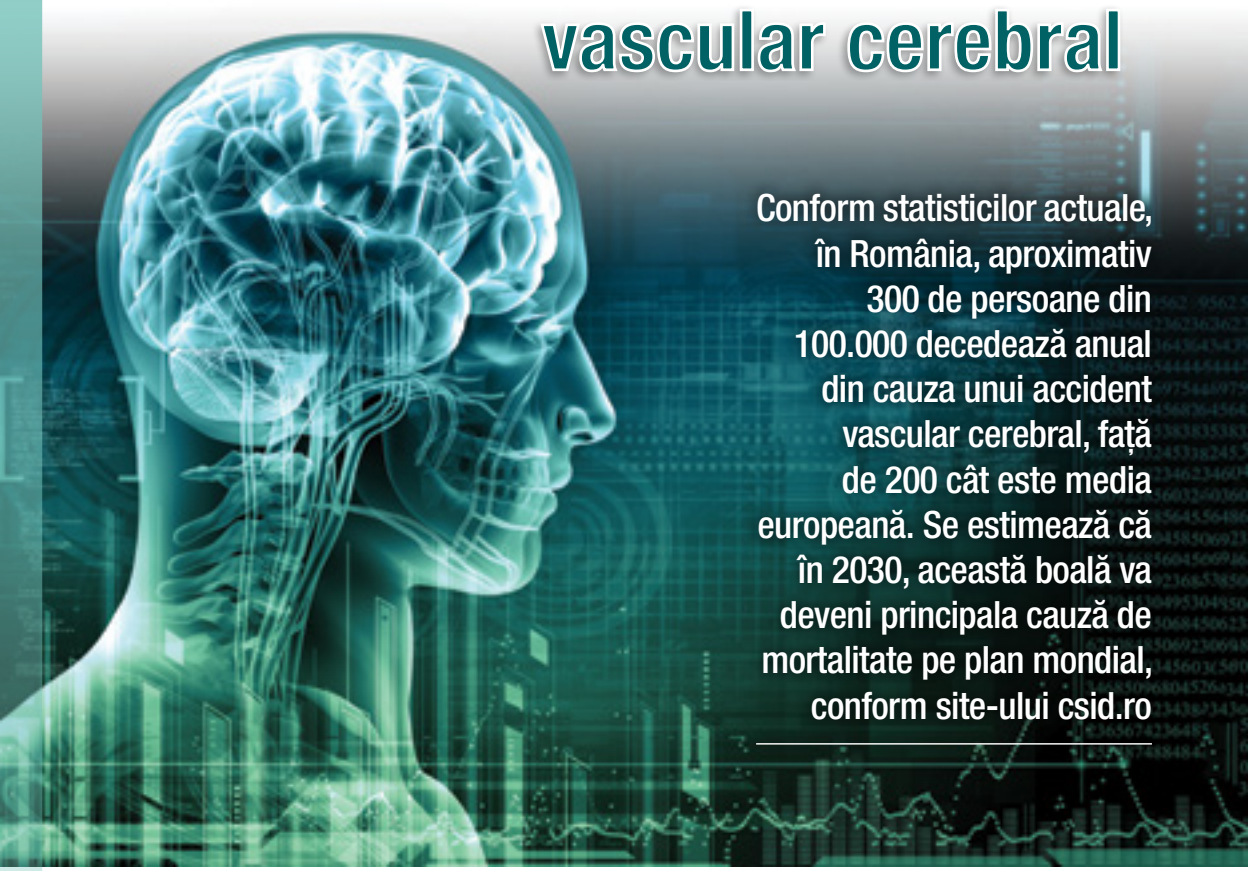
Drogurile anticanceroase se pot asocia cu:

- *tulburări de ritm* (bradicardii, tahicardii supraventriculare și ventriculare, moartea subită cardiacă...)
- cu creșterea *riscului de tromboembolism venos și de hipertensiune pulmonară*.

Desigur – se fac continuu eforturi pentru reducerea cardiotoxicității induse de chemoterapii prin evitarea drogurilor care cresc riscul de cardiotoxicitate, prin tratarea comorbidităților care le măresc toxicitatea; prin limitarea dozelor cumulative de antracicline și analogi și a betablocantelor.

Cardio-oncologia interesează azi foarte mult cardiologii, aceștia încearcă să "reducă" efectele secundare ale cardiotoxinelor fără să scadă efectul favorabil pe cancerele în acțiune.

Boala arterei carotide interne – una din cauzele accidentului vascular cerebral



Conform statisticilor actuale, în România, aproximativ 300 de persoane din 100.000 decedează anual din cauza unui accident vascular cerebral, față de 200 cât este media europeană. Se estimează că în 2030, această boală va deveni principala cauză de mortalitate pe plan mondial, conform site-ului csid.ro

Conf. Dr. Zoltan Galajda

Medic Primar Chirurgie Cardiovasculară, Spitalul Angiomedica

Pentru a înțelege mecanismele acestei boli, arsenalul terapeutic ce ne stă la dispoziție precum și prognosticul ei, trebuie să ne familiarizăm cu unele noțiuni de anatomie a vaselor sanguine arteriale ce asigură vascularizația creierului.

Creierul este vascularizat prin două perechi de artere principale, denumite arterele *carotide interne* (dreapta și stânga) și două artere secundare dar deloc neglijabile, *arterele vertebrale* (dreapta și stânga).

Între aceste patru vase sanguine ia naștere o rețea, situată la baza creierului denumită *cercul arterial Willis (sau poligonul Willis).*

Arterele carotide interne provin din *arterele carotide comune*, iar arterele vertebrale provin din *arterele subclaviculare*, arterele destinate celor două membre superioare. Dacă aceste artere subclaviculare sunt îngustate foarte mult sau închise la origine, arterele vertebrale pot « fura » sângele din cercul arterial Willis, furt pe care-l dirijează spre membrul superior respectiv (așa-numitul "furt"al arterei subclaviculare).

Stenoza (îngustarea) arterei carotide interne

Ia naștere în porțiunea inițială a acestei artere, imediat după bifurcația arterei carotide comune în artera *carotida externă* (destinată regiunilor feței și teritoriilor extracraniene) și artera carotidă internă.

Boala arterei carotide interne evoluează spre leziuni cerebrale definitive (*stroke sau accident vascular cerebral* – AVC) sau spre semne de durată și intensitate redusă (*atac ischemic transient* – TIA). TIA este considerat acel grup de simptome neurologice care durează cel puțin 10 minute dar mai puțin de 24 ore, concretizat în pierderea temporară a vederii sau vedere dublă, tulburări de vorbire, deficit motor și/sau senzorial la membrele de-o parte (superioare, inferioare sau împreună), deformarea feței prin pareza mușchilor mimicii de o parte etc. Din cauza încrucișării fibrelor nervoase la nivelul trunchiului cerebral, simptomele mai sus menționate apar întotdeauna pe partea opusă leziunii (deci a carotidei interne atinse).

Artera carotidă internă ocludată cronic în întregime nu mai poate fi recuperată. Este posibilă redeschiderea ei doar dacă se intervine imediat. Deschiderea, adică repermeabilizarea ei după mai mult timp ar duce printre altele la edem cerebral fatal.

Stenozele (îngustarile) egale sau mai mari de 70% cu simptomatologia descrisă mai sus trebuie operate. Operația poartă denumirea de *endarterectomie carotidiană* (scoaterea stratului intern, adică al intimei îngroșate). Aceasta poate fi realizată *prin eversiune* (mai fiziologică) sau endarterectomie și lărgirea arterei carotide interne cu un petec de material protetic.

Operația are indicație absolută la pacienții de ambele sexe simptomatici (TIA sau AVC). Indicația relativă este la bolnavii asimptomatici, bolnavi la care se efectuează teste speciale de determinare a rezervei circulatorii cerebrale prin circulația de partea opusă.

Stentarea unei leziuni carotidiene interne *este indicată doar după recidivarea stenozei după operație sau la bolnavii gravi, cu alte boli severe asociate.*

Femeile fac forme de boală mai severe, cu incidență mai mare la recidivă.

Operația poate fi efectuată în *anestezie generală cu intubarea pacientului* sau *prin anestezia locoregională a plexului cervical*. Acesta din urmă are marele avantaj de a fi în permanență în contact verbal cu pacientul în timpul operației, astfel orice complicație survenită intraoperator poate fi remediată imediat (de exemplu prin introducerea unui *șunt carotidian*, în cazul unei circulații insuficiente din partea opusă în momentul clampării arterei carotide interne).

După un accident vascular cerebral ischemic, operația poate fi efectuată numai după vindecarea completă a creierului (țesutului cerebral) adică după 4-6 săptămâni.

Așa cum reiese din titlu, boala arterei carotide interne poate fi una din cauzele unui accident vascular cerebral. Un AVC ischemic poate surveni și în afara bolii carotidiene, prin embolie (boli cardiace valvulare mitrale sau aortice, tulburari de ritm cum ar fi fibrilația atrială, anevrisme etc).

Este important, ca după apariția unor semne neurologice, bolnavul să se adreseze imediat unui medic specialist neurolog. Acesta prin investigații specifice (Doppler, CT, RMN, angiografie) va determina cauzele care au dus la acele simptome, iar prin protocoalele existente în practică și printr-o activitate medicală multidisciplinară între medicul neurolog, cardiolog și chirurgul vascular vor stabili calea optimă de tratament.

Chiar dacă din arsenalul terapeutic actual intervenția chirurgicală efectuată pe artera carotidă internă este mai invazivă (comparativ cu stentarea ei), rămâne deocamdată metoda cea mai eficace, cu cele mai mici complicatii neurologice și cel mai bun prognostic de durată. Utilizarea unor tehnici de anestezie speciale și proceduri chirurgicale minim-invazive măresc nivelul de siguranță a procedurii și reduc semnificativ durata de spitalizare până la 2-3 zile și în cazul acestei boli.

„Ce aleg: revascularizare chirurgicală, endovasculară sau hibridă?”

Ultimul deceniu a consemnat în chirurgia vasculară o adevărată “revoluție” privind metodele de tratament endovascular al bolii arteriale periferice. Plecând de la primele intervenții endovasculare în 1964, de la primele stenturi vasculare realizate în 1987, de la primul anevrism de aortă abdominală tratat endovascular în 1987, tehnicile endovasculare au cunoscut o dezvoltare exponențială, în primul rând datorită perfecționării continue a materialelor utilizate cât și datorită îmbunătățirii tehnicilor și procedurilor.

Dr. Georgel Țaranu
Medic specialist chirurgie cardiovasculară, Medic primar chirurgie vasculară, Doctor în științe medicale, Spitalul Clinic Județean de Urgența Timișoara, Clinica de Chirurgie Vasculară

Astfel se estimează că la ora actuală în lume aproximativ 70-75% din leziunile vasculare periferice sunt abordate inițial prin proceduri endovasculare.

Acest lucru a fost permis în primul rând prin perfecționarea metodelor de abord vascular – de la utilizarea tecilor lungi care permit abordul leziunilor îndepărtate de locul de puncție oferind în același timp un suport excelent până la posibilitatea abordului vascular al vaselor gambiere utilizand device-urile dedicate pentru micropuncții arteriale.

Traversarea leziunilor, în special a ocluziilor lungi, calcificate, a fost mult ușurată prin utilizarea ghidurilor dedicate, a căror caracteristici oferă o multitudine de opțiuni (grade diferite de rigiditate, fricțiune redusă, caracterul hidrofilic, posibilitate de torsionare crescută) precum și prin adaptarea a diferite tipuri de catetere care să permită atât atingerea vasului țintă cât și asigurarea suportului optim pentru traversarea leziunii.

De asemenea, tehnica traversării subintimale a leziunilor lungi a câștigat teren și a permis recanalizarea unor leziuni care în mod tradițional erau considerate a fi exclusiv apanajul chirurgiei clasice.

Cel mai important progres în îmbunătățirea rezultatelor pe termen lung a procedurilor endovasculare (acest “călcâi al lui Ahile” al tehnicilor endovasculare și unul dintre aspectele esențiale în alegerea “endovascular vs chirurgie clasică”) a fost obținut prin dezvoltarea spectaculoasă a baloanelor de angioplastie și a stenturilor periferice.

Nu în ultimul rând au fost imaginate și există disponibile pe piață o serie de tehnici și device-uri care vin să completeze acest armamentarium: tehnici de tromboliză intra-arterială sau intravenoasă pe cateter (cateter simplu sau cateter cu ultrasunete pentru fragmentarea trombului), device-uri pentru fragmentarea trombului și aspirația acestuia, dispozitive de recanalizare a ocluziilor calcificate sau a ocluziilor intrastent prin rotablație, cuttingballoons pentru leziuni sever calcificate, utilizarea dioxidului de carbon ca mediu de contrast pentru acei pacienți (alergici sau cu afectare renală) la care nu se poate utiliza substanța de contrast.

La toate aceste progrese a contribuit în mod decisiv și perfecționarea angiografelor: creșterea calității imaginilor cu doze de radiații din ce în ce mai mici prin introducerea substracției digitale, introducerea road-map-ului în practica de zi cu zi, posibilitatea generării de imagini tridimensionale. Toate acestea au transformat angiograful într-o mașină extrem de complexă iar introducerea ei în sala de operație cu apariția așa-numitelor “săli hi-

brid" a deschis un nou orizont în chirurgia vasculară.

Aparent întrebarea care se naşte după expunerea unei asemenea liste impresionante de tehnici şi dispozitive endovasculare este: "de ce nu tratăm endovascular toţi pacienţii vasculari periferici?". Răspunsul ţine de faptul că patenta pe termen lung a procedurilor endovasculare, deşi ameliorată cu fiecare produs nou care intră pe piaţă, este încă inferioară la ora actuală revascularizărilor chirugicale.

Ca atare întrebarea corectă pe care chirurgul vascular trebuie să o pună în faţa unui pacient cu leziuni vasculare periferice este: "ce aleg mai întâi: o revascularizare chirurgicală, una endovasculară sau una hibridă?".

În principal raspunsul se află în ghidurile şi protocoalele de tratament a afecţiunii vasculare periferice.

Decizia concretă trebuie însă să ţină seama de mult mai mulţi factori dintre care cei importanţi sunt:

1. Dotarea existentă în mod concret la dispozitia chirurgului vascular
2. Experienţa personală în tehnicile endovasculare
3. Analizarea factorilor care ţin de pacient (existenţa unui acces vascular adecvat pentru procedura endovasculară propusă, prezenţa/absenţa unui grefon venos adecvat, aprecierea corectă a riscului unei intervenţii chirurgicale clasice, etc)
4. Aprecierea corectă a raportului risc/beneficiu pe termen mediu şi lung pentru fiecare variantă în parte (un pacient în vârstă cu un risc chirurgical acceptabil va beneficia probabil mai mult de o intervenţie clasică cu o patentă mai bună faţă de un tânăr unde o procedura endovasculară bine aleasă poate amâna o revascularizare chirurgicală)
5. Aprecierea măsurii în care procedura endovasculară propusă poate să compromită o eventuală revascularizare chirurgicală ulterioară (e foarte important ca o procedură endovasculară să nu afecteze posibile zone propice pentru plasarea unor anastomoze în cazul necesităţii unei revascularizări chirurgicale ulterioare, aşa numitele "landing zones")

O discuţie aparte se impune în domeniul patologiei arterelor carotide, acolo unde tehnicile endovasculare fac deasemenea progrese remarcabile: acces vascular cât mai aproape de leziune (artera subclavie sau chiar artera carotidă comună), device-uri de protecţie antiembolice din ce în ce mai sofisticate, dispozitive de inversare a fluxului în artera carotidă internă, stenturi dedicate pentru arterele carotide.

Cu toate acestea, rezultatele imediate sunt inferioare celor obţinute prin chirurgia clasică iar recomandările tratamentului endovascular ca primă indicaţie în patologia carotidiană sunt limitate.

Ca atare decizia este una nu tocmai uşoară şi necesită o bună cunoaştere atât a tehnicilor chirurgicale clasice cât şi a tehnicilor endovasculare precum şi recunoaşterea propriilor limite legate atât de dotarea aflată la dispoziţie cât şi de experienţa personală acumulată în domeniul respectiv.

Capsula endoscopică în bolile inflamatorii intestinale

Apariția capsulei endoscopice (CE) a însemnat o adevarată revoluție în învestigarea nonivazivă a intestinului subțire, iar indicațiile acesteia au cunoscut o impresionantă extindere și sunt în continuă diversificare.

Ana-Maria Sîngeap

Anca Trifan

Carol Stanciu

Institutul de Gastroenterologie şi Hepatologie, Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţe „Sf. Spiridon", Universitatea de Medicină şi Farmacie „Gr. T. Popa" Iaşi

La început, indicația principală o constituia hemoragia digestivă obscură, ulterior fiind conturate și alte indicații: unele de largă aplicabilitate, ca: bolile inflamatorii intestinale, boala celiacă, tumorile de intestin subțire, polipoza intestinală, patologia AINS-indusă, iar altele ca apanaj al centrelor supraspecializate: boala grefă contra gazdă sau urmărirea post-transplant de intestin subțire.

Entuziasmul inițial este parțial temperat de neajunsuri obiective, precum costul (investigaţie nerambursată), consumul de timp, imposibilitatea prelevării de biopsii sau efectuării de acte terapeutice.

CE în boala Crohn suspectată

Diagnosticul este dificil, datorită atât variabilității tabloului clinic, cu manifestări diferite în funcție de vârsta de debut, localizare, forma evolutivă, cât și dificultății de investigație a intestinului subțire. Datorită capacității sale de a vizualiza direct mucoasa întregului intestine subțire, CE a adus progrese incontestabile și în diagnosticul, clasificarea și evaluarea bolilor inflamatorii intestinale, jucând un rol în decizia terapeutică, evoluția și prognosticul pacientului. Substratul avantajului diagnostic îl constituie caracterul discontinuu al afectării mucoasei, afectarea în unele cazuri doar a intestinului proximal, precum și vizualizarea leziunilor incipiente. Utilitatea CE a fost dovedită în special la pacienții cu suspiciune de boală Crohn, cu ileocolonoscopie și/sau investigații radiologice nediagnostice, randamentul diagnostic fiind de peste 70%. Pe lângă acestea, CE poate aduce argumente de diagnostic, cu valoare independentă sau suplimentară alături de celelalte elemente compatibile.

Leziunile de tip ulcerativ (ulcere, afte) sunt considerate leziuni "majore", cu o rată înaltă de corelare diagnostică. Leziunile "minore" au rată mult mai mică de corelare diagnostică, dar nu exclud definitiv diagnosticul de boală Crohn, fiind considerate de unii autori drept leziuni incipiente, un argument fiind ameliorarea clinică a pacienților respectivi la tratamentul specific bolii Crohn.

Videocapsula endoscopică în bolile inflamatorii intestinale neclasificate

Videocapsula, prin sensibilitatea crescută pentru leziunile mucosale mici sau incipiente, poate orienta spre un diagnostic definit în cazul colitei nedeterminate sau neclasificate.

S-a demonstrat, pe baza studiilor populaționale, că la 4%-10% din pacienții adulți cu boli inflamatorii intestinale cu afectare colonică, este imposibilă diferențierea între boala Crohn și rectocolita ulcerohemoragică pe baza tehnicilor diagnostice uzuale. Stabilirea unui diagnostic cert are consecințe importante privind atitudinea terapeutică medicală sau chirurgicală, precum și evoluția clinică a pacientului.

Pe de altă parte, o investigaţie cu CE negativă nu exclude un diagnostic viitor de boală Crohn. S-a arătat că 5 din 25 de pacienţi investigaţi cu CE, fără leziuni sugestive de boală Crohn, au fost ulterior, pe parcursul urmăririi, diagnosticaţi cu boală Crohn.

(Text adaptat)

Medicina integrată Sciencemed tratează cu rezultate foarte bune disuria, infecția urinară și depresia!

Pacient în varsta de 21 ani se prezinta la Clinica Sciencemed Bucuresti pentru urmatoarele probleme:

- infectie urinara cu E.Coli de aproximativ 2 ani;
- dureri si usturimi puternice de fiecare data cand urineaza;
- disurie;
- urina inchisa la culoare cu miros fetid;
- rezistenta la tratamentul cu antibiotice (a primit timp de 2 ani tratament antibiotic periodic cu ameliorari de maxim 3 saptamani, apoi simptomele reveneau la fel de puternic);
- depresie usoara datorata acestei probleme pentru care nu mai vedea rezolvare;

In clinica noastra a efectuat o consultatie completa de medicina integrata în scopul stabilirii dezechilibrelor energetice care au contribuit la aparitia simptomelor prezentate si a dezechilibrelor metabolice celulare. Scanarea cu aparatul de biorezonanta a identificat dezechilibre energetice la nivelul chakrelor, meridianelor de acupunctura, energiei vitale, aparatului endocrin, sistemului nervos autonom, sistemului limfatic, colonului, intestinului subtire, stomacului si pancreasului si aparatului uro - genital.

Electrosomatografia interstitiala a identificat dezechilibre metabolice celulare la nivelul hipotalamusului, sistemului limfatic, glandelor suprarenale, arterelor carotide , lobilor temporali cerebrali, amigdalelor cerebrale, lobilor frontali cerebrali, ficatului , veziculei biliare, intestinului subtire, colonului, rinichilor, vezicii urinare si organelor genitale masculine.

Scanarea cu aparatul de biorezonanta si electrosomatografia interstitiala au identificat riscuri de imbolnavire a unor organe pentru care pacientul nu prezenta momentan simptome.

In cadrul consultatiei am recomandat tratament homeopat adaptat personalitatii pacientului si simptomelor prezentate, remediu floral Bach pentru restabilirea echilibrului emotional, tablete impregnate informational pentru corectarea dezechilibrelor energetice si tratament gemoterapic si fitoterapic adaptat simptomelor prezente si dezechlibrelor metabolice celulare.

Dupa 4 luni de tratament si 16 de sedinte de echilibrare energetica, sumarul de urina este normal (germene E. Coli absent), pentru prima data dupa 2 ani pacientul urineaza normal, fara dificultati, fara durere, fara usturime, urina este normal colorata, iar mirosul urat a disparut complet. Deasemenea starea emotionala s-a imbunatatit considerabil. A continuat la noi o terapie de intretinere inca 4 luni, au trecut 3 ani de atunci si nu a mai prezentat nici o recidiva.

Medicina integrata trateaza omul, nu doar bolile de care sufera, noi suntem energie, totul în Univers este energie si avem nevoie de energie si de o terapie personalizata pentru a creste vitalitatea organismului.Consultatia completa de medicina integrata este foarte importanta atat pentru stabilirea unui tratament personalizat cat si pentru identificarea unor riscuri de imbolnavire a unor organe. Terapia energetica poate reduce aceste riscuri prin cresterea fortei vitale a organismului.

www.sciencemed.ro
Clinici Sciencemed în Romania:
Bucuresti 0723175208 / **Buzau** 0735779330
Cluj 0740204633 / **Timisoara** 0728053976
Medic primar boli interne
Dr. Mihaela Hanganu
Clinica Sciencemed Buzau

SCIENCEMED
ŞTIINŢA ÎN ARMONIE CU NATURA

GYNEXELLE

Tratamentul cu ACID HIALURONIC în vaginită sau vaginoză

BioNike HEALTH & BEAUTY

INFECTIA CU CANDIDA CALBICANS

Afectează 70-75% dintre femei
40-50% sunt afectate de una sau mai multe recăderi
5-8% suferă de VULVOVAGINITE recurente

CURĂȚAREA SPECIFICĂ

- Asigură o curaţare specifică în timpul tratamentului pentru vulvovaginită / vaginoză, creaza un pH optim,
- igienizeaza, protejeaza si previne

APLICAREA TRATAMENTULUI

- Amelioreaza simptomele deranjante (arsură, prurit)
- Protecţie împotriva agenţilor infecţioşi
- Previne recurenţa infectioasa

• pH acid
• Formeaza un strat protector la nivelul mucoasei intime
• Echilibreaza pH-ul
• Previne reaparitia infectiei
• Ideal ca adjuvant in tratamentul antimicotic pentru el si ea

• Formeaza un strat bariera la nivel local impotriva ciupercilor si bacteriilor
• Favorizeaza refacerei florei saprofite vaginale
• Previne recurenta infectiilor
• Datorita ingredientelor speciale, reduce disconfortul creeat de vulvovaginite si/sau vaginite

Ingrediente:	Ingrediente:
Ingrediente naturale ce formează un învelis, extract de Psoralea caryfolia şi extracte de Zanthoxylum bungeanum, acid lactic, tensioactivi (anionici si nonionici)	Sare a acidului hyaluronic, ulei de migdale dulci, vitamina E, extract de Psoralea corilifolia, Rubus coreanus (zmeură sălbatică) şi extracte de Zanthoxylum bungeanum, caroximetil betaglucan, acid lactic, agenţi gelificanţi, conservanţi, apa demineralizantă.
Mod de utilizare:	Mod de utilizare:
dimineata si seara, sau dupa actul sexual	10 ampule cu eliberare intravaginala, 1/zi seara
Mod de prezentare:	Mod de prezentare:
sticla 150ml	10 doze unice x 5 ml

www.medicalmagazin.ro
Contact: 0744 649 289

office@medicalmagazin.ro
Strada Viitorului, nr 171, Sector 2, Bucuresti

TERRA Distrimed

Testate pentru nichel
FARA
Conservanti, Parfum, Gluten

Tratamentul cu ACID HIALURONIC în atrofia vaginală

GYNEXELLE

INCIDENȚA ATROFIEI VAGINALE

20-29 ani	30-39 ani	40-49 ani	50-59 ani	60 ani
30%	31%	40%	53%	57%

CONCLUZIE: Cea mai frecventă la femeile aflate în postmenopauză, dar semnificativă și la femeile în vârstă fertilă

ALTERNATIVA TERAPIEI DE SUBSTITUTIE HORMONALA (HRT)

- Tratament non-hormonal
- Acțiune locală
- De asemenea, indicat pentru perioade prelungite
- Nu are contraindicații
- Conformitate ridicată

HYALURONIC ACID:
- *Putere higroscopică excelentă*
- *Foarte BIO-ADEZIV pe membranele mucoase*
- *Polimer formator de peliculă*
- *Restaureaza si mentine hidratarea optima la nivelul zonei intime*

Imbogatit cu Pantenol, ingrediente antioxidante si calmante, promoveaza trofismul fiziologic al mucoasei si amelioreaza disconfortul cauzat de lubrifierea slaba intima.

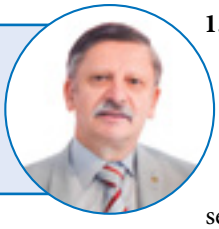
- *Contine ingrediente active calmante pentru a contracara roșeața pielii.*
- *Gel lipofil pentru piele și membranele mucoase externe ale organelor genitale feminine și masculine.*
- *Acest produs este util pentru a preveni și a reduce orice senzație de arsură.*

Ingrediente:	Ingrediente:
Hialuronat de sodiu , pantenol , triacetatul pantenil , MEA palmitamida , naringenina , acid lactic . agenti si stabilizatori de coagulare Apa demineralizata q.s. 100	Unt de Shea și ulei de migdale, extracte de Zanthoxylum bungeanum, vitamina E, ceramide, Gel lipofil
Mod de prezentare: 10 doze unice x 5 ml	Mod de prezentare: Tub 30 ml

Susținem natalitatea!

Îmbătrânirea populației este una dintre cele mai importante provocări sociale și economice cu care se confruntă societatea în secolul al XXI-lea. Fenomenul va avea un impact asupra majorității domeniilor. Până în 2025, peste 20% din europeni vor avea cel puțin 65 de ani. De asemenea, se va produce o creștere rapidă a numărului celor de peste 80 de ani.

Prof. Univ. dr.
Mircea Onofriescu,
Președintele Societății Române de Obstetrică și Ginecologie



Potrivit statisticilor Institutului Naţional de Statistică, în România, fertilitatea a intrat pe un trend descendent accentuat. În prezent, rata este de 1.3 copii per femeie, una dintre cele mai scăzute valori din Europa. Se estimează că în acest ritm, în 2050, România va ajunge la o populaţie de doar 14 milioane de locuitori, faţă de aproximativ 19 milioane, cât sunt în prezent.

Mai mult, lipsa unor politici coerente de creștere a natalității va duce la:

1. scăderea numărului populației,

2. reducerea numerică a persoanelor active și

3. creșterea ponderii persoanelor inactive, cu consecinţe asupra scăderii fondurilor necesare susţinerii populaţiei în vârstă.

Amânarea momentului naşterii unui copil, creşterea incidenţei infertilităţii primare şi a bolilor cu transmitere sexuală au dus la **scăderea ratei fertilităţii** în toată lumea. În toate ţările Uniunii Europene, rata fertilităţii este sub nivelul de înlocuire de peste 10 ani (Eurostat 2009).

Și România se încadrează în trendul european, în care multe din cupluri decid să amâne momentul concepţiei pentru a-și consolida înainte poziţia social-economică. Astfel, tot mai multe cupluri decid sa conceapă după vârsta de 35 de ani, vârstă la care rezerva ovariana este în scădere iar calitatea ovocitelor este tot mai slabă. Sporul natural este negativ mereu din anul 1992. În România ultimilor ani populaţia s-a redus în mod continuu. Mai mult, îmbătrânirea populaţiei este una dintre cele mai importante provocări sociale și economice cu care se confruntă societatea în secolul al XXI-lea.

Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România a elaborat Scrisorile Metodologice pentru medici ginecologi și medici de familie.

Ministerul Sănătății a preluat proiectul și a trimis notificare Direcţiilor de Sănătate Publică Judeţene să informeze medicii de familie și specialistii gine-

cologi referitor la campania de screening. Practic, femeile între 28 și 33 ani, dar pot intra în baza de date și femei sub vârsta de 28 de ani dacă se vor adresa medicului de familie și ulterior medicului ginecolog pentru un examne clinic, un examen ecografic endovaginal (pentru aprecierea rezervei ovariene și determinarea nivelului seric de AMH (hormonul antimulerian) care apreciază și el rezerva ovariană. Asfel, femeile tinere vor ști care este cu aproximație șansa de a obține o sarcină.

Deviza Programului este **„Evaluează-ți Rezerva de Fertilitate!“**.

A fost creat un soft la care vor avea acces medici pe bază de cod de parafă și astfel se va face o apreciere a situației stării de sănătate a femeilor privind fertilitatea.

Obiectivele Proiectului sunt:

1. Furnizarea unei **informații privind momentul în care tinerele aleg să aibe un Copil – Până când le Aparține Decizia!**
1. 65% din pacientele ce se adresează centrelor specializate în tratamentul infertilității **să fie până în 35 de ani**
1. Echilibrarea Sporului Natural!

Indicatori de Performanță de urmărit sunt:

1. Numărul de femei cu intervalul de vârsta 28-33 ani ce își evaluează Rezerva de Fertilitate: 25% din intervalul 28 – 33 ani în primii 2 ani de derulare ai Proiectului Susținem Natalitatea!
2. Numărul specialiștilor care aderă la programul de Evaluare a Rezervei de Fertilitate: mai mare de 60% din totalul medicilor OG la nivel național, respectiv mai mare de 35% din Medicii de Familie la nivel național.

Proiectul a determinat numeroase discuții privind posibilitățile de aplicare și de extindere cât mai rapidă la nivel national.

Este știut că Romania este printre sigurele țări din Europa de Est în care fertilitatea **NU ESTE SUSȚINUTĂ de STAT!**

Avem cel mai mic număr de proceduri de Fertilizare în Vitro din Europa de Est! – în jur de 3000, din care numai 600 sunt susținute PARȚIAL de stat!

În țările din fosta Yugoslavie, în Bulgaria, până și în Kosovo și Macedonia guvernele susțin 3-4 proceduri de fertilizare în vitro pentru fiecare cuplu infertil care se adreseză serviciilor de reproducere medicală asistată. Ungaria susține 10.000 de proceduri pe an, Polonia a ridicat de la 5 la 6 numărul de proceduri per cuplu infertil care dorește copii și în total cu mult peste 15.000 de cupluri! Republica Cehă continuă programul de donare de ovocite deoarece au înteles că aceasta este o modalitate de ajutor a cuplurilor infertile în contextul îmbătrânirii vârstei de procreere.

Din nefericire, România nu are până în prezent o Lege a Reproducerii umane asistate. Un proiect este discutat în Comisia de Sănătate din Camera Deputaților și s-a subliniat necesitatea finalizării acestei Legi. Este absolut necesar să fie consultați specialiștii în domeniu și să se finalizeze o lege modernă, conform standardelor europene.

S-a discutat și despre informarea corectă a populației, pentru a se cuantifica exact rezultatele medicale. Există clinici din străinătate și aici amintesc Grecia, Republica Moldova, Ucraina, Cehia, Slovacia care încearcă să atragă cupluri de români pentru a efectua fertilizare în vitro în aceste țări. Sunt clinici care fac o publicitate agresivă și care asigură stimularea medicamentoasă în România și procedura de fertilizare în străinătate. Costurile sunt mult mai mari, fiscalitate ambiguă, rezultatele incerte. Sunt clinici care nu raportează în Registre Naționale rezultatele lor și nici la ESHRE, care este Societatea europeană de reproducere umană și embriologie. Tot mai multe cupluri vin dezamăgite de modul de monitorizare și de rezulatele acestor clinici.

Societatea Română de Ginecologie Endocrinologică dorește și militează pentru accesul la informare corectă și tratament corect al cuplurilor. Dorește ca medicina românească să progreseze și noi să atragem pacienți din alte țări. Tot mai multe cupluri de români care lucrează în străinătate vin să facă fertilizare în vitro în România pentru că procedurile sunt mai ieftine, colaborarea cu medicii din România este mai apropiată și rezultatele sunt mai bune față de unele clinici din țările unde lucrează.

Examinarea morfologică de prim trimestru

În ultimele decenii, examinarea ecografică a avut un impact dramatic în practica obstetricală și în medicina perinatală, oferind informații importante pentru înțelegerea dezvoltării structurale și fiziologice a fătului încă din stadiile timpurii ale sarcinii. Este ușor de înțeles utilizarea extinsă în obsterica modernă a acestei tehnici, promovată de valoarea și siguranța sa, care au condus la o listă lungă de indicații la femeile gravide.

Evoluția științifică din ultimele decade a demonstrat faptul că multe complicații ale sacinii sunt potențial detectabile încă de la evaluarea de la sfârșitul primului trimestru, încurajând inversarea piramidei pentru îngrijirea prenatală, bazată de această dată pe evaluarea inițială de la 11-13 săptămâni gestaționale. Astfel, pe baza combinației dintre caracteristicile materne, constatările examinarilor ecografice din primul trimestru și determinări biochimice din sângele matern, au fost dezvoltați algoritmi eficienți în predicția celor mai importante aneuploidii, a avortului spontan și morții fetale intrauterine, nașterii premature, preeclampsiei, diabetului gestațional, restricției de creștere și macrosomiei.

În ultimul deceniu se discută tot mai mult despre faptul că examinarea ecografică de la finalul primului trimestru tinde să devină prima evaluare structurală a fătului. În cazul detecției unor anomalii structurale severe, se oferă astfel posibilitatea avortului terapeutic mai devreme și mai în siguranță, cu costuri și impact emoțional mai mici. Practic, se realizează un transfer important al ratei mortalității fetale către primul trimestru, fiind cunoscut faptul că anomaliile fetale majore reprezintă 25% din decesele neonatale și pot conduce la dizabilități pe termen lung, precum și costuri socio-economice considerabile. Totuși, o evaluare amplă a anatomiei fetale la examenul ecografic din primul trimestru depinde de disponibilitatea unui personalul calificat și a unor echipamente ecografice performante, de protocoalele locale de examinare, de considerații legale și rambursarea costurilor de către sistemele de asigurare de sănătate. În ceea ce privește evaluarea morfologică fetală, politica actuală a majortității sistemelor de sănătate oferă o examinare ecografică transabdominală de rutină efectuată de personal competent la 18-23 saptămâni de gestație, alocându-se 20 minute pentru examinarea sistematică detaliată a fătului. Anomaliile structurale, chiar majore, pot fi inaparente în primul trimestru; așadar, valoarea examinării ecografice standard din trimestrul al doilea rămâne fundamentală, întrucât reprezintă o examinare de bază, care trebuie comparată cu examinările anterioare sau ulterioare pentru evalurea stării fetale. În consecință, discuțiile actuale nu contestă valoarea ecografiei precoce detaliate, ci mai degrabă justificarea din punct de vedere cost-beneficiu. Dacă dorim beneficii certe, sistemul medical trebuie să asigure echipamente corespunzătoare, sonografiști calificați și audit.

Autori, afiliere:

Lector Iliescu Dominic, Dr. Marina Stan, Dr. Cara Monica, Conferențiar univ. Tudorache Stefania, Profesor univ. Novac Liliana, Profesor univ. Cernea Nicolae

Departamentul Obstetrică – Ginecologie, Unitatea de Dignostic Antenatal, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Spitalul Clinic Județean de Urgența Craiova, Endogyn AM Craiova

SIMPOZIONUL DE VENTILAȚIE MECANICĂ

MECHANICAL VENTILATION SYMPOSIUM

01 - 04

Martie / *March* 2018

World Trade Center, Bucharest

www.atielias.ro

ventilatiemecanica@atielias.ro

Ulcerele piciorului diabetic - costuri

Ulcerele piciorului diabetic sunt considerate o complicație severă a diabetului zaharat. Ele poartă risc ridicat de mortalitate și morbiditate, iar în contextul diabetului zaharat, cu un risc crescut pentru amputarea membrului inferior ar trebui considerate o urgență.

Dr. L.C. Nwabudike

Institutul N. Paulescu, Bucureşti
chukwudi.nwabudike@live.com

Scopul problemei:

Circa 5-7% din pacienții cu diabet zaharat au deja un ulcer, iar vreo 25% dintre aceștia, pe parcursul vieții lor ca pacienți vor suferi de un ulcer. Se estimează că 60% din amputațiile atraumatice ale membrului inferior au loc la pacienții cu diabet zaharat.

Etiologia ulcerelor:

Se obișnuiește a clasifica ulcerele piciorului diabetic în cele neuropate, ischemice și neuroischemice. Însă aceasta clasificare ignoră faptul că ulcerele pot fi și infecțioase (mai ales pornind de la infecții fungice interdigitale).

Ulcerele neuropate adesea au baze granulate, margini cu calus, picior calde, iar se găsește adesea pe zone de presiune. Ele constituie vreo 69% dintre ulcere.

Ulcerele ischemice au baze necrotice, margini bine-delimitate, violaceii și sunt dureroase. Ele constituie vreo 4,3% din ulcere.

Fiziologia vindecarii ulcerelor:

Vindecarea ulcerelor poate fi împărțită în 3 faze – inflamație, proliferare și remodelare.

În faza de inflamație, se formează cheaguri de sânge, se produce vazoconstricție cu ischemie locală, producția de citokine este ridicată și este recrutat un număr ridicat de leucocite.

Urmează faza proliferării caracterizată prin creșterea producției locale de colagen, contractarea ulcerului în adincimea ulcerului și epitelizare în suprafața ulcerului.

Remodelarea urmează cu întărirea colagenului depus, prin schimbarea tipurilor de colagen și formarea cicatricelor.

Aceste faze sunt "împiedicate" la pacienții cu diabet zaharat, ceea ce face că ulcerele la acest grup de pacienți să devină cronice.

Managementul ulcerelor

Acesta poate fi împărțit în tratarea ulcerului ca atare și tratamente adjuvante ale ulcerului.

Tratamentul ulcerului include debridarea ulcerului, acolo unde este necesară, fie printro debridare fizică (chirurgicală), fie printr-o debridare chimică (folosind agenți enzimatice). Debridarea permite eliminarea țesutului necrotic, a calusului ș reducerii infecției, ceea ce permite accelerarea procesului de granulare.

Toaletă adecvată, precum și tratamentul local folosind agenți potrivit fiecarui ulcer în parte este esențială pentru vindecarea timpurie a ulcerului.

Descărcarea ulcerelor prin orteze și încălțămintei meniță

Discuție

Ulcerele diabetice sunt costisitoare din punct de vedere financiar și al duratei de tratament. Mulți dintre pacienții noștri la Institutul Paulescu vin din provincie, costurile, din punct de vedere al timpului și al transportului sunt suportate de pacienți și de aparținătorii lor. De asemenea, aceștia suportă și costurile unor substanțe farmaceutice folosite pentru vindecarea ulcerelor.

Aceste costuri sunt reduse printr-o nouă abordare a noastră care îi învață pe pacienți și pe aparținători cum să trateze acasă problema respectivă. Ei vin regulat la consultații de control și oricând este nevoie.

Avantajul acestei metode este de a reduce costurile de transport și de timp; de a reduce stresul asupra pacienților, mai ales asupra celor din provincie cauzat de transport (nu este făcut de ambulanțe, ci prin diferite alte mijloace, după caz).

Experiența noastră arată că, deși există riscuri cum ar fi incapacitatea de a identifica patologii noi conexe, precum și complicații (infecții, echimoze, hematoame) și nu există garanții asupra calității actului făcut la domiciliul pacientului, mulți pacienți reușesc să realizeze tratamentul la domiciliu, împreună cu aparținătorii lor, astfel încât se produce vindecarea ulcerelor. Acesta pentru că pacienții reușesc să urmeze corect instrucțiunii legate de tratament și să recunoască simple semne de complicații explicate lor.

Autoîngrijirea este o temă discutată din ce în ce mai mult pentru boli cronice. Are posibilitatea de a îmbunătăți sănătatea pacienților, dându-le autonomie asupra boliilor lor. De asemenea, reduce apelarea la serviciile spitalicești terțiare, dar nu și la cele primare. În Marea Britanie, guvernul estima că se pot face economii de 1,306 miliarde de lire. O meta-analiză a concluzionat ca programele educaționale pentru autoîngrijire (îngrijire la domiciliu) au crescut funcția pulmonară, simț de autocontrol și diminuarea absenteismului de la școală, printre altele.

În România, autoîngrijirea este o necesitate, căci nu este fezabil accesul atât de frecvent și în mod repetat la tratament. Astfel, autoîngrijirea, din punct de vedere a ulcerelor diabeticului care solicită mult timp pentru vindecare, la pacienții puțin mobili, sunt un aspect practic de neevitat pentru tratamentul acestora.

să elimină presiunea asupra ulcerelor care poate împiedică vindecarea acestora.

Este esențială adresarea neuropatiei folosind mijloace farmacologice (vitamina E, acid alfa lipoic, benfothiamină, ulei de primula, capsaicin, carbamazepină) sau nefarmacologice (acupunctură, stimularea transcutanată electrică, iontoforeză, masaj).

Ischemia poate fi adresată atât prin mijloace farmacologice (pentoxifilină, sulodexid, cilostazol, alprostadil, naftidrofuryl), sau cele nefarmacologice (antrenament de mers "walking training", angioplastie, chirurgie de bypass, acupunctură).

Concluzii:

Fiecare ulcer al piciorului diabetic trebuie abordat într-o echipă multidisciplinară ce include podiatristul, diabetologul, neurologul, chirurgul vascular, chirurgul ortoped și dermatologul.

Aceste ulcere trebuie abordate într-un mod agresiv, având în vedere riscul de amputație ce îl poartă acestea. Succesul în tratament vine printr-o abordare care are scopuri clare, bazate pe înțelegerea proceselor subliniate mai sus.

Autoîngrijirea ajută la reducerea costurilor, precum și la creșterea autonomiei pacienților. Ar trebui încurajat, astfel încât să crească cost-eficacitatea tratamentului ulcerelor.

Ianuarie, luna detoxifierii organismului

Sărbătorile vin ca întotdeauna, cu bucurie, cu mâncare bună (și multă deseori), cu agitație, voie bună… și aproape mereu trec prea repede. Nici nu ne-am dezmeticit bine și suntem deja în noul an. Reluăm lucrul, școala și recomandabil și grija pentru organismul nostru.

Dr. Monica Spînu
Medic specialist Medicină de Familie, Cluj-Napoca

După perioada în care am savurat bucate alese însoțite de diverse băuturi, unele organe resimt efortul făcut și au nevoie de detoxifiere; îndeosebi sistemul digestiv - ficatul, stomacul, intestinul, pancreasul, trebuiesc revitalizate printr-o alimentație ceva mai ușoară și suport în curățarea și funcționarea lor. Aceasta deoarece am consumat alimente în exces pe de o parte, dar și datorită faptului că la mesele tradiționale se ”amestecă” toate principiile alimentare: glucide, proteine, grăsimi plus alcool, fapt ce suprasolicită digestia și favorizează creșterea în greutate. Se adaugă și lipsa de mișcare și astfel ne trezim în primele zile din noul an mai obosiți, fără vitalitate și cu câteva kg în plus.

O soluție eficientă este oferită de produsele din gama Polygemma detoxifiere.

Polygemma 11 Ficat detoxifiere susține ficatul în efortul de a elimina substanțele ”toxice” rezultate din digestia alimentelor și mai ales a alcoolului; de a prelucra grăsimile consumate în exces (intervine în normalizarea colesterolului), de a genera energia de care are organismul nevoie. Ficatul este ”uzina” de energie a organismului, de aceea oboseala poate fi un semn că ficatul nu mai funcționează bine.

Polygemma 15 Intestin detoxifiere ajută intestinul să prelucreze și să absoarbă substanțele nutritive, să refacă flora bacteriană, să se debaraseze de ”resturile” unui exces cantitativ de alimente, să regleze tulburările de tranzit intestinal, fie diaree, fie constipație. Este foarte important să susținem activitatea intestinului deoarece rolul acestuia nu se limitează la transportul și eliminarea alimentelor din organism; intestinul este implicat în creșterea imunității, în menținerea unei stări emoționale pozitive și optimiste.

Polygemma 12 Rinichi detoxifiere este îndeosebi indicat pentru persoanele care rețin multă apă, au diferite probleme renale, variații ale tensiunii arteriale, colesterol mărit. Deoarece conține muguri de Frasin, acest preparat este indicat tuturor persoanelor care au consumat în exces preparate din carne și îndeosebi celor care prezintă risc de gută.

Polygemma 14 Articulații detoxifiere ne ajută când sunt probleme articulare: durere, inflamație, mobilitate redusă, care pot apărea pe fondul unei afecțiuni cronice; pot fi cauzate de lipsa de mișcare sau de temperaturile scăzute din timpul iernii sau pot fi pusee acute ale unei afecțiuni osteoarticulare cronice.

În sfârșit, persoanele care au probleme la nivelul pielii pot folosi **Polygemma 13 Piele detoxifiere**. Produsul este recomandat și pentru întreținerea elasticității și ”tinereții” pielii, dar și pentru sprijinirea procesului natural de detoxifiere cutanată.

Produsele din gama Polygemma se utilizează pe rând, câte un produs odată, de exemplu se consumă un flacon Polygemma 11 Ficat (2 săptămâni), apoi se poate continuă cu Polygemma 15 Intestin și la fel, celelalte produse. Se pot asocia cu alte medicamente, dacă pacientul urmează un tratament cronic pentru o anumită afecțiune.

Dacă există probleme cu un anumit organ, de exemplu ficatul, se va administra Polygemma 11- Ficat timp de 2 luni, după care și celelalte produse din gama de detoxifiere, pentru a realiza o curățare/detoxifiere a întregului organism.

Acest proces de curățare și de întreținere a organsimului este recomandat să aibă loc de 1-2 ori pe an, pentru a asigura o funcționare optimă a întregului organism până la vârste înaintate.

PlantExtrakt®

natura sănătății tale

GAMA Polygemma

www.plantextrakt.ro

COMPLEXE GEMOTERAPICE PENTRU DETOXIFIEREA ORGANISMULUI

POLYGEMMA 11 - FICAT DETOXIFIERE
Susține funcția de detoxifiere a ficatului și ajută la refacerea țesutului hepatic

POLYGEMMA 12 - RINICHI DETOXIFIERE
Susține funcția de detoxifiere a rinichiului

POLYGEMMA 13 - PIELE DETOXIFIERE
Susține curățarea tenului și a pielii prin acțiune detoxifiantă

POLYGEMMA 14 - ARTICULAȚII DETOXIFIERE
Îmbunătățește eliminarea acidului uric, reducând rigidizarea articulațiilor

POLYGEMMA 15 - INTESTIN DETOXIFIERE
Susține funcția de detoxifiere intestinală

Spirulina – vitalitate și energie din natură

În ultimii ani tendința populației a fost și este de a-și îndrepta atenția către un stil de viață sănătos, către alegerea unor produse cu ingrediente naturale, axându-se însă doar pe câteva alimente, fără a lua în calcul și altele la fel de eficiente, recunoscute pentru beneficiile lor asupra organismului. Numeroase studii au demonstrat că anumite produse pot duce la creșterea speranței de viață, îmbunătățesc condiția fizică si starea de spirit.

Spirulina – de unde provine?

Spirulina, o microalgă de culoare verde-albastrui, originară din lacurile calde din Africa și America Centrală și de Sud, este una din cele mai vechi plante de pe pământ. Algele, și în special microalgele, au fost folosite ca și aliment din timpuri preistorice și au în continuare un rol important în tradițiile culinare din multe state, în special din Asia. Denumirea de spirulină provine de la forma spiralată a algei specifică lacurilor cu apă dulce, dar se găsește și în izvoarele cu apă sărată. Beneficiile spirulinei pentru organismul uman au fost menționate și în scrierile antice, informații despre spirulină regăsindu-se la civilizația egipteană, mayașă, aztecă, fiind folosită atât pentru proprietățile sale medicinale, cât și pentru cele nutritive. Printre primele beneficii ale spirulinei se numără faptul că a ajutat la producerea oxigenului timp de milioane de ani, astfel încât alte forme de viață să se poată dezvolta. Odată recoltată, spirulina este transformată într-o pastă densă, care este lăsată ulterior să se întărească, după care este pisată și comercializată sub formă de pulbere sau capsule. Spirulina este considerată a fi cea mai nutritivă algă dintre cele peste 30.000 de specii care există conținând micro și macroelemente benefice pentru organismul uman.

Efectele Spirulinei în diferite afecțiuni :

În diabet, aminoacizii continuți de spirulină corectează funcționarea sistemului endocrin în producerea hormonului vital, insulina, normalizând nivelul de zahăr din sânge. Deoarece conține foarte mult fier, spirulina favorizează formarea și dezvoltarea globulelor roșii din sânge; fiind bogată în magneziu și calciu, aceasta compensează carențele și sporește vitalitatea, fiind astfel utilă și în caz de anemie.

Spirulina este indicată atunci când în organism există puternice carențe de magneziu și calciu, în afecțiuni precum diabetul zaharat datorită proprietății ei de a regla nivelul glicemiei, în cazuri de obezitate, hipertensiune arterială, glaucom, în afecțiuni ale stomacului precum ulcer gastric sau duodenal, gastrite și hepatită cronică datorită puternicului său rol de protector și regenerator hepatic.

Consumul de spirulină ajută la protecția creierului și la detoxifierea ficatului și a rinichilor, dar și la echilibrarea pH-ului. Poate să reducă inflamația provocată de sistemul imunitar ca raăăspuns la agenții care cauzează iritații și infecții în organism.

Printre alte beneficii, studiile de specialitate au evidențiat faptul că spirulina combate procesul de îmbătrânire, reduce pofta de mâncare și ajută la pierderea în greutate, îmbunătățește digestia și ajută organismul să producă mai multe globule albe și roșii care distrug microbii și virusurile.

Spirulina în cosmetică:

Totodată, beneficiile spirulinei sunt cunoscute și în industria cosmetică, unde spi-

rulina e folosită ca urmare a proprietăților sale calmante, regenerante, de reducere a ridurilor și porilor dilatați, de înlăturare a petelor și iritațiilor, lăsând pielea elastică și sănătoasă.

Spirulina – acțiune asupra organismului

Spirulina are un puternic efect antioxidant, diminuează degradarea mușchilor după exercițiile fizice intense, este puternic imuno stimulatoare, îmbunătățind starea generală de sănătate. Compensează deficiențele dietei zilnice, însă administrată cu o jumătate de oră înainte de masă reduce pofta de mâncare, ajutând la reducerea greutății corporale. Combate obezitatea și scade nivelul seric al lipidelor totale și a colesterolului. Spirulina stimulează digestia, ajută la stabilitatea tranzitului intestinal și contribuie la dezvoltarea florei intestinale prin aportul de fibre vegetale conținute.

Cine trebuie să consume spirulina?

Datorită proprietăților sale uluitoare și a combinației de substanțe esențiale conținute de spirulină, aceasta poate fi utilizată la scară largă de oricine, cu precădere de persoane în vârstă care nu pot beneficia de un regim alimentar echilibrat, de femeile însărcinate, poate fi administrată copiilor care nu consumă suficiente fructe și legume sau au o alimentație dezechilibrată, adolescenților în perioada de creștere bruscă. Conținând foarte multe proteine, spirulina este benefică pentru persoanele cu un regim alimentar vegetarian. De asemenea, spirulina este un supliment alimentar perfect pentru atleți sau persoanele solicitate din punct de vedere fizic, datorită proprietăților sale puternic energizante. Datorită acțiunii antioxidante și antitumorale, Spirulina reduce efectele secundare ale radioterapiei și tratamentelor citostatice antitumorale.

SPIRULINA STAR

Tonic și revitalizant complet, SPIRULINA STAR este suplimentul alimentar ayurvedic perfect pentru oricine are nevoie de un plus de energie. SPIRULINA STAR conține o combinație unică de Spirulina Platensis și Withania Somnifera, ce ajută la mineralizarea și vitaminizarea organismului datorită conținutului bogat în proteine, minerale, vitamine și oligoelemente, necesare pentru buna funcționare a acestuia. SPIRULINA STAR ajută la îmbunătățirea capacității organismului de a rezista în condiții de efort fizic și psihic datorită efectului adaptogen, contribuie la detoxifierea sa prin efectele antioxidante ale plantelor din conținutul său, diminuând efectele radicalilor liberi. Substanțele active din plante contribuie la menținerea capacității de autoapărare a organismului și de adaptare la condițiile stresante din mediul cotidian.

SPIRULINA STAR este utilă persoanelor care au un regim alimentar special (hipocaloric, vegetarian, tineri, vârstnici, etc.) pentru menținerea energiei și rezistenței organismului, redând vitalitatea acestuia. SPIRULINA STAR contribuie la mineralizarea și vitaminizarea organismului, la creșterea capacității organismului de adaptare la efort fizic și intelectual, la detoxifierea organismului și diminuarea efectelor radicalilor liberi, la menținerea tonusului general al organismului, la ameliorarea stărilor de oboseală și epuizare. SPIRULINA STAR este un adjuvant perfect în perioada de refacere după stări de slăbiciune, ca urmare a efectului revitalizant al plantelor din conținutul său.

Astfel, specialiștii STAR INTERNAȚIONAL MED recomandă produsul SPIRULINA STAR în perioada de refacere după stări de slăbiciune sau de efort fizic prelungit, ca urmare a efectului revitalizant al plantelor din conținutul său.

Melanomul

Melanomul este o provocare importantă în cercetarea de specialitate iar ca primă investigație este dermatoscopia. Care este tehnologia de vârf în determinarea melanoamelor și care sunt noutățile terapeutice în tratarea cancerelor de piele?

Din fericire, la spitalul Elias, există o bună înțelegere și cooperare între dermatolog și oncolog, dar asta nu se întâmplă în toate zonele din țară. Indiscutabil investigarea melanomului trebuie să plece de la dermatolog. Este o tumoră a pielii, de culoare închisă, să nu uităm că multe tumori ale pielii pot avea culoare maronie, neagră și numai un dermatolog poate să își dea seama de gravitate.

Examenul clinic este foarte important: examenul cu ochiul (de ex, trecând prin 15 ani de dermatoscopie, francezii revin în mare parte la examenul cu ochiul liber alăturat cu o lupă și lumină foarte bună), este o tehnică ce trebuie făcută obligatoriu înaintea dermatoscopiei sau dermoscopieii. Pot spune că dermatoscopul devine din ce în ce mai sofisticat în ultimul timp. S-au perfecționat tehnici de fotografiere, întocmirea hărților cu așa-zisele alunițe, care pot fi trimise de pe telefon, modalități prin care pacientul are acces chiar de la distanță la anumite centre medicale. Evident că proba cea mai importantă de la simpla bănuială că ar putea fi melanom este examenul histopatologic. Este elementul cel mai important, la care se asociază, când este cazul, și testele de imunohistochimie care vin să precizeze dacă este melanom și care este gradul lui de invazie. Alte metode de investigare: tomografia de coerență optică, microscopia confocală sunt tehnici de ultimă oră care pot fi folosite chiar înaintea intervenției chirurgicale. Evident că o dată pus diagnosticul, și precizez că dermatologia românească este utilată la un standard mai mult decât acceptabil, de la bun spre foarte bun (sunt centre care au aparatură cu tehnologie de ultimă generație), trebuie operată tumora, cu marginile de siguranță respective, în medie 2 cm în profunzime până la fascia musculară. Se fac ulterior investigații în colaborare cu oncologul (RMN) pentru a avedea gradul de extensie.

Ultimele noutăți de tratament ale melanomului sunt terapiile biologice, cu anticorpi monoclonali. O parte din aceste tratamente sunt rambursate și de statul român în cadrul unor programe plătite de CNAS. Precizez că aceste terapii biologice acționează pe celule, nu direct pe melanom. Sunt terapii de ultimă oră, foarte bune, din fericire am constatat că unele sunt rambursate din 2016, altele chiar din 2017, deci există speranțe de tratament. De menționat că aceste terapii se fac pentru melanoamele care deja sunt metastatice, reducându-le (unele) chiar cu 60-80%, deci, o eficiență extraordinară.

Acneea vulgară – relația patogenie, forme clinice și tratament

Prof. Dr. Alexandru Tătaru
(UMF Cluj,I.Hațieganu, Disc. Dermatologie)

Acneea vulgară afectează circa 75% dintre adolescenţi, pe fondul de hiperseboree indus de modificările fiziologice naturale și specifice. De aceea consider că poate fi situată undeva între manifestare fiziologică și boală propriu-zisă. Nu apare chiar la toate persoanele, fiind necesar un fond genetic predispozant, care pare a fi extrem de frecvent. Modificările patogenetice de bază sunt:

a) hiperseboreea glandelor sebacee ale extremităţii cefalice (faţă și scalp), uneori trunchi. În mod obișnuit nu găsim disfuncţii hormonale (deși toţi tinerii le suspectează), ci nivele în creștere și apoi stabilizate ale hormonilor androgeni, la ambele sexe.

Clinic, în fazele de debut ale acneei apar microchiste sebacee pornind de la glandele sebacee stimulate, inițial sub forma comedoanelor închise (proeminențe dure și gălbui), ulterior unele din ele se deschid și elimină lent sebumul acumulat, dând naștere la comedoanele deschise sau puncte negre. Sebumul stagnant la nivelul orificului folicular prin care se exprimă glanda sebacee se elimină lent și astfel este oxidat de oxigenul atmosferic, vârful devenind negru. În principiu, este forma de acnee microchistică.

b) popularea naturală a glandelor sebacee cu bacteria comensală Propionibacterium acnes. În condiţiile de hiperseboree numărul de colonii de P. acnes crește și angrenează direct reacţia inflamatorie. Bacteria produce rezidual un exces de acizi grași liberi ce se aglomerează în glandele sebacee și perifolicular, cu apariţia clinică a fazei papulo-pustuloase de acnee, cea mai comună. Cronicizarea reacţiei inflamatorii la nivelul unora dintre unităţile pilo-sebacee, pe faţă și/ sau pe trunchi duce la formarea de noduli inflamatori iar unele microchiste sebacee devin macrochiste. Descriem astfel patogenetic forma gravă de acnee nodulo-chistică, cu leziuni mari, profunde, persistente și care se vindecă de regulă cu cicatrici. Autotraumatizarea acestor leziuni, universal prezentă la tinerii afectaţi, favorizează formarea de cicatrici inestetice.

c) hiperkeratoza infundibulului folicular: genetic, epidermul are predispoziţia de a reacţiona prin îngroșarea stratului cornos. Acest fapt produce temporar obstrucţia completă a orificiului folicular, crește retenţia de sebum și favorizează formarea de elemente nodulo-chistice. Subliniem că numai unele unităţi pilo-sebacee vor dezvolta hiperkeratoză, așa cum numai majoritatea, dar nu toate glandele sebacee vor fi suprastimulate.

Tot tabloul clinico – patogenetic de mai sus poate fi agravat prin suprainfecţia stafilococică (de regulă rezultat al autotraumatizării repetate) cât și prin intervenţia unor disfuncţii hormonale reale, suprapuse.

Principiile terapeutice locale și generale se bazează pe produse care au efecte sebostatice, keratolitice sau reduc proliferarea P. acnes.

Cura endovasculară a anevrismului de aortă abdominală – EVAR

Încă de la introducerea la începutul anilor '90 a tehnicii de reparare aortică endovasculară (endovascular aortic repair; EVAR) pentru anevrismele de aortă abdominală (abdominal aortic aneurysm; AAA), treptat s-a îmbunătățit tehnologia stent-graft și experiența chirurgului a crescut considerabil.

Colonel Dr. Ionel Droc
Centrul de Boli cardiovasculare al Armatei, București

Anevrismul aortei abdominale (AAA) rămâne o cauză importantă a morbidității și mortalității persoanelor adulte, iar prevalența se preconizează că va crește în paralel cu o populație globală îmbătrânită. AAA este în mod obișnuit asimptomatică, iar în absența screening-ului de rutină, diagnosticul este, de obicei, coincidențial atunci când imagistica evaluează plângerile medicale independente. AAA, odată diagnosticat, este monitorizat conservator prin imagistică medicală până când diametrul aortic se apropie de 50-55 mm, după care se efectuează tratamentul chirurgical potrivit. În prezent există un interes semnificativ în identificarea markerilor moleculari de valoare diagnostică și prognostică pentru AAA.

EVAR este un tratament eficace și sigur pentru anevrismele de aortă abdominală cu o anatomie favorabilă. Este o tehnică ce poate fi folosită atât la anevrismele operate de elecție, cât și la cele fisurate sau rupte (urgențe). Principala diferență între operația clasică deschisă și EVAR este caracterul minim invaziv.

Pacienții care prezintă anevrisme aortice abdominale sunt adesea tratați prin chirurgie deschisă, în ciuda faptului că reparația anevrismului endovascular este o metodă mai puțin invazivă și acceptată pe scară largă, cu beneficii clare pentru pacienții cu anevrism aortic. Există o dezbatere cu privire la beneficiul definitiv în repararea endovasculară a pacienților cu anevrism aortic abdominal. Scopul acestei revizuiri a literaturii de specialitate a fost acela de a determina dacă există tendințe în favoarea reparării fie deschise, fie endovasculare.

Managementul anevrismului de aortă abdominală (AAA) în chirurgia clasică deschisă este asociat riscului ruperii asociat speranței de viață și riscului mortalității perioperatorii. Riscul ruperii este de 1-3% pe an pentru anevrismele cu diametru transversal cuprins între 4-5 cm, crește la 6-11% pe an pentru anevrismele cu diametrul între 5-7 cm și poate ajunge până la 20% pe an pentru diametre mai mari de 7 cm. Candidați pentru chirurgie deschisă sunt pacienții anevrismali care prezintă simptome sau cei care prezintă o creștere rapidă a anevrismului.

Prin chirurgie deschisă se poate schimba segmentul aortic afectat cu un graft sintetic. Această procedură este însă cu risc major. Odată stabilită conduita chirurgicală, se stabilește zona de acces în funcție de implicarea arterelor renale și celor iliace. Cel mai folosit abord este cel transperitoneal.

În ultimii 20 de ani, tehnologia endovasculară a impulsionat EVAR de la o tehnologie obscură cu aplicabilitate limitată la a fi standardul de îngrijire într-un număr tot mai mare de indicații AAA. Utilizarea EVAR s-a lărgit atât de dramatic încât până la 77% dintre pacienți sunt tratați acum cu reparații endovasculare.

EVAR nu devine doar prima alegere a tratamentului pentru pacienții cu AAA infrarenal, ci și câștigă teren pentru gestionarea unei anatomii din ce în ce mai provocatoare. Interesant este faptul că beneficiile de supraviețuire în ceea ce privește mortalitatea operativă de 30 de zile pentru EVAR în comparație cu repararea deschisă rămân cele mai convingătoare la pacienții cu puține comorbidități sau fără comorbidități. Deoarece indicațiile se extind și aparatele se dezvoltă, cercetarea continuă este esențială pentru a asigura o utilizare eficientă, bazată pe dovezi.

Natural Pharmaceuticals

Vitamina D3 *Natural* Picături - Flacoane 10 ml
Conţine: Vitamina D3 100UI la fiecare picătură

Vitamina C *Natural* Picături- Flacoane 15 ml
Conţine/1ml soluţie: Vitamina C hidrosolubilă 2,5 mg la fiecare picătură

MULTIVIT *Natural* Sirop - Flacoane 150 ml
Conţine: Vitamina A (retinol) 600UI (180 mcg), Vitamina B1 0,25 mg, Vitamina B2 0,25 mg, Vitamina B6 0,25 mg, Vitamina C 25 mg, Vitamina D3 (100UI) 2,5 mcg, Vitamina E 2 mg, Vitamina PP 2,5 mg, Calciu (din Citrat Malat de Calciu) 3,3 mg la fiecare 2,5 ml (o linguriţă).

CAL DB12 *Natural* Sirop - Flacoane 100 ml
Conţine: Calciu (lactat) 110 mg, Vitamina D3 400UI (10 mcg), Vitamina B12 400UI (10 mcg) la fiecare 5 ml (o linguriţă).

CAL D3 *Natural* Sirop - Flacoane 150 ml
Conţine: Calciu (lactat) 110 mg, Vitamina D3 400UI (10 mcg) la fiecare 5 ml (o linguriţă).

FEROVIT *Natural* Sirop - Flacoane 100 ml
Conţine: Fier 5 mg, Vitamina B1 1 mg, Vitamina B2 1 mg, Vitamina B6 0,5 mg, Vitamina B12 1 mcg, Vitamina PP 5 mg, Vitamina C 25 mg la fiecare 5 ml (o linguriţă).

CALCIU *Natural* Sirop - Flacoane 150 ml
Conţine: Calciu (lactat) 110 mcg la fiecare 5 ml (o linguriţă).

CALCIMAG B6 *Natural* Sirop - Flacoane 150 ml
Conţine: Calciu (lactat) 130 mg, Calciu (citrat malat) 30 mg, Magneziu (lactat) 125 mg, Vitamina B6 0,25 mg, Vitamina C 25 mg, la fiecare 5 ml (o linguriţă).

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

NOSKO®

ASPIRATOR NAZAL PENTRU
nou născuți si copii mici

Nasucul curat readuce zambetul!

BPA FREE

Smart Love by Ceumed

/smartlove.ro

INFORMATII

Distribuitor:
SC CEUMED SRL 410005 Oradea str.
Sf. Apostol Andrei, nr. 44, bl. P18, ap.2,
Romania

CE 1011

ceumed.eu