Anul VIII ▪ Nr. 146 / 20 ianuarie 2012 www.saptamanamedicala.ro

146

FIN WATCH

săptămâna MEDICALĂ

"Mi-au salvat copilul în ultima clipă!„ pag. 4

DIN SUMAR

Pacienții pățiți povestesc 5
Strategii de îngrijire a ridurilor 18
Hipnoza ca terapie 23
Oboseala profesională 32

Reconstrucția de sân... un moft sau o necesitate? 16

Realitatea din instituțiile medicale private 8

Fotoîmbătrânirea 21

Natural Pharmaceuticals

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

Vitamina C *Natural* Picături - Flacoane 15 ml
Conține: Vitamina C hidrosolubilă 2.5mg la fiecare picătură

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

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

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

FEROVIT *Natural* Sirop - Flacoane 100 ml
Conține: Fier 5mg, Vitamina B1 1mg, Vitamina B2 1mg, Vitamina B6 0.5mg, Vitamina B12 1mcg, Vitamina PP 5mg Vitamina C 5mg la fiecare 5ml (o linguriță).

CALCIU Natural Sirop - Flacoane 150 ml
Conține: Calciu (lactat) 110mg la fiecare 5 ml (o linguriță).

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

ISO 9001

Călin Mărcușanu

Ghici cine pleacă și cine rămâne?

10.000 de medici au părăsit țara în perioada 2007-2011, optând pentru o ofertă de serviciu în altă parte. Dintre aceștia, 8.000 lucrează în Franța, destinație preferată datorită limbii dar și sistemului medical de acolo, deosebit de bine organizat.

Dr. Vasile Astarastoaie, presedintele Colegiului Medicilor din România, declara recent la o televiziune: "nu am primit în 5 ani nici o sesizare de proastă conduită medicală, referitoare la vreun medic aflat la muncă în străinătate", ceea ce denotă nivelul profesional deosebit de competitiv al medicilor români și al sistemului de învățământ medical românesc. În schimb, posturile de medici vacante au fost doar parțial ocupate de promoțiile de medici tineri, aproximativ 7000 de medici români, plus cca 1000 de studenți străini, astfel încât rămânem tot pe ultimul loc în Europa ca număr de medici la mia de locuitori.

Relevant pentru sistemul românesc de sănătate este faptul că medicii noștri, după numeroși ani de pregătire în facultate și stagii de rezidențiat și alte specializări, atunci când ajung adevărate valori prin competențele și experiența acumulate, nu rămân să vindece pe cei de acasă ci pleacă să își ofere serviciile altora. Acest lucru se întâmplă pentru că, din nefericire, conducătorii sistemului de sănătate și mai departe, cei care ordonează finanțele și legile statului român, nu reușesc să pună ordine în Sănătate. Din ce în ce mai puțin este promovată competența. Se înfierează implicarea politicului în sănătate dar în același timp se escaladează un proces decizional pe criterii politice, nu profesionale. Iar când cineva încearcă să pună la punct un tip de serviciu medical, cum este cel al medicinii de urgență, eventuale succese ale acestuia crează invidii, ajung să fie o amenințare la prestigiul și imaginea acelora care ar fi trebuit ei să realizeze mai demult același lucru. Astfel încât, ne aducem aminte cu îngrijorare, cei care mai avem nevoie de servicii medicale de calitate în țară, de celebra butadă „ghici cine pleacă și cine rămâne?"

Anul VIII • Nr. 146 / 20 ianuarie 2012 www.saptamanamedicala.ro
146 FIN WATCH
săptămâna MEDICALĂ

cuprins

Medici recomandați de pacienți..... 4
Pacienții pățiți povestesc..... 5
Întinderi sau elongații ale structurilor nervoase..... 6
Risc de a vedea dublu după operația de strabism?..... 7
Empatie sau indiferență..... 8
Gura de lup..... 10
Pacientul este mai mult decat un caz clinic..... 11
Bronsiectazii (I) 12
Meteorosensibilitatea..... 14
Reconstrucția de sân... un moft sau o necesitate?..... 16
Strategii de ingrijire a ridurilor..... 18
Blefarospasmul..... 20
Fotoîmbatrânirea..... 21
Uractiv - pentru infecții urinare..... 22
Hipnoza ca terapie..... 23
Cancerul de sân (II) 24
Luxația congenitală de șold 26
Copiii cu obezitate 28
Alimentatia ca factor de protectie a lucratorilor..... 30
Stresul..... 32
Toxicologia profesională 34

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

Tipar: RH Printing

"Mi-au salvat copilul în ultima clipă!„

***Năstase**:*
"oameni de excepție, toată echipa„
D-na conf. Luminos, împreună cu dr. Jugulete și toată echipa din Spitalul Matei Balș - București sunt oameni de excepție, aveți toată încrederea să mergeți la dânșii. Mi-au salvat copilul în ultima clipă. Mulțumim frumos.

***Filipoiu Costel**: "m-am simțit respectat„*
Am fost internat două săptămâni în acest spital (Dimitrie Gerota, București - Secția Recuperare medicală Bușteni). Este unica unitate medicală din România unde calitatea actului medical este deosebită, grija față de pacienți a întregului personal medical și administrativ te face să te simți respectat, ajutat, iar omenia celor de aici te ajută în aplicarea tratamentului. Atmosfera creată de personalul din această secție medicală ajută foarte mult la recuperarea medicală a pacienților. Vă mulțumesc !

***Silvia Ciobanu**: "soțul meu trăiește„*
Chiar dacă nu am avut posibilitatea să-i mulțumesc personal d-lui dr. Gabriel Gluck (Institutul Clinic Findeni - Centrul de chirurgie urologica, dializă și transplant renal), vă spun că îi mulțumesc în fiecare dimineață și lui și lui Dumnezeu. Acum 5 ani a avut un rol decisiv în familia mea. Soțul meu traiește în urma intervenției sale medicale iar fiica mea, care este studentă la medicină, datorită îndrumării acordate de același Dr. Glick, va deveni medic în 2012.

***Burlacu Marian** din Sacele*
Vă multumesc mult d-le dr. Gorgan Traian pentru ajutorul dat mamei mele.Dumnezeu să vă dea sănătate și fericire dumneavoastră și la întreaga familie. Vă suntem recunoscători.

***Amar Galy**: "aș fi avut demult o cruce„*
Sunt pacienta d-lui dr. Mircea Diculescu, Spitalul Clinic Fundeni, Sectia Gastroenterologie și să-i dea Dumnezeu sănătate, altfel cred că aveam de mult o cruce. Aveți credință, răbdare și respectați regimul tratamentului, nimic nu se face sau nu se rezolvă de azi pe mîine, dar nu așteptați până în al 12-lea ceas..

Anamaria
Mulțumesc Lt. Col. dr. Daniel Mariș, Spitalul Militar Central Carol Davila, București, pentru operația reusită! Sănătate și putere de muncă!

Rastätter Steluța
Spital foarte bun, la Secția neurochirurgie a Spitalului de Urgențe București sunt medici extraordinari, competenți, amabili. Personal amabil. Mulțumim!

Pagini realizate pe baza comentariilor postate de cititorii site-ului ***www.saptamanamedicala.ro***

Nici vorbă de operație!

Mirela Sabau: "nici vorbă de operație!,,

Tatăl meu a avut o fractură/fisură simplă la picior, care s-a recuperat cu câteva săptămâni de imobilizare ghipsată. Dr. Adrian Barbilian i-a sugerat să-l opereze la Spitalul Militar și să-i pună o placă de titan. Toți ceilalți medici care l-au consultat pe tata au spus că este un caz simplu de fisură și că nici vorbă să fie necesară operația. Mi se pare trist ca unii medici specialiști să recomande cu ușurință operații care nu sunt necesare... Scriu acest comentariu pentru a-i ajuta pe cei care au probleme ortopedice, să nu facă operații inutile și să ceară o a doua, chiar a treia și a patra opinie medicală. Operația și anestezia au riscurile lor... să nu mai vorbim de costuri.

Dascălu Elena: *am fost bine tratată dar acum sunt abandonată!*

Doamnă profesor, îmi cer mii de scuze dar nu mai înțeleg nimic din modul în care este asigurat tratamentul bolnavilor endocrini, în speță al hipotiroidienilor, cazul meu. Am fost în comă mixedematoasă, cu lichid în pericard și hipertrofie de sept, tratată cu TSH de 164 și anti TPO 640. ACEST MEDICAMENT MI-A REDAT VIATA dar acum din păcate medicamentul a devenit inaccesibil, nemifiind compensat. Ce să fac? Dumneavoastră m-ați tratat, mi-ați redat viața dar acum, această politică a compensatelor își permite să se joace cu viețile noastre.

Iepurash: *venim la medic doar cand e ceva serios!*

Doctorul X. Este genul care așteaptă să primească pentru a te lua în seamă. Serviciile sunt oferite doar la insistența pacientului, nu beneficiem de analize anuale, ne așteptăm la mai mult de atât, având în vedere că ne prezentăm numai când sunt probleme cu adevărat importante.

Jurist Marius B.: *mi-e frică să iau acest medicament!*

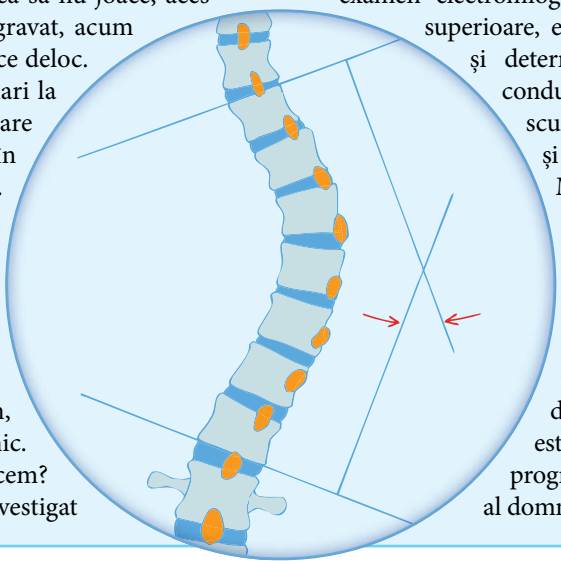
Sunt în evidența unei doamne medic de familie Dr. D.M., pe care intenționez să o schimb. Aruncă cu sindroame care apoi se dovedesc neadevărate, fără să analizeze lucrurile cu atenție. Mie, pentru o mișcare involuntară, un spasm al palmei și al degetelor de la mâna dreaptă, fără alte investigații, mi-a spus inițial că am sindromul Wilson, care nu s-a adeverit, pentru ca ulterior, tot fără alte investigații suplimentare ci numai după ochi, m-a speriat cu sindromul Corea. Astea sunt boli rare, genetice, pentru care mi-a prescris un tratament puternic sedativ, specific alcoolicilor, pe care îmi e frică să-l urmez.

Dana: *nu am înțeles-o niciodată!*

Marius, ai dreptate, Dr. D. M. este o fire dificilă. Am lucrat și eu ceva timp cu D-sa, ca asistent medical și avea dese schimbări de comportament: acum râdea, acum era nervoasă, ba se supăra fără motive și nu mai vorbea nimic...Nu am înțeles-o niciodată, sinceră să fiu. Și pe pacienți îi mai repede, dar ...este alegerea lor ca să rămână în continuare la acest medic de familie sau să-l schimbe. În ceea ce mă privește, acum lucrez la alt cabinet medical și îmi este foarte bine. Unde este înțelegere se rezovă toate! Numai bine!

Întinderi sau elongații ale structurilor nervoase

Pacient cu scolioză:
Am și eu o problema de sănătate a fetiței mele. Are 15 ani și jumătate, practică tenisul de masă de performanță de la vârsta de 7 ani. Are probleme la coloană-scolioză, face exerciții de recuperare, se văd mici îmbunătățiri, adică acum are dureri suportabile. De ceva timp, aproximativ un an de zile, au început să apară dureri la mâna dreaptă, toată lumea zicea că se preface ca să nu joace; aceste probleme s-au agravat, acum nu mai poate să joace deloc. Are dureri foarte mari la omoplat, dureri care se lasă pe mână în jos, până la degete. O doare la cot, la încheietura mâinii și îi amorțesc 2 degete. Am făcut tot felul de investigații, RMN cervical, cranian, CT cranian, EMG, nu a ieșit nimic. Ce putem să mai facem? Nimeni nu i-a investigat mâna care o doare, au zis că poate e de la cap sau coloană. Acum suntem la fel ca la început, adică fără nici o rezolvare. Mulțumesc.



Dr. Georgiana Tache:
Stimate domn, aceleași probleme le-am avut și eu în urmă cu...40 de ani, când am început să joc tenis de performanță, la care ulterior am renunțat în favoarea medicinii. Fiica dvs. are întinderi sau elongații ale structurilor nervoase și ale părților moi sau țesuturilor entezo-mio-articulare. Îi mai puteți face un examen electromiografic al membrelor superioare, examen ce cuprinde și determinarea vitezei de conducere nervoasă. Prescurtat examen EMG și determinarea VCN. Mai poate avea și epicondilită la cotul mâinii dominante. Dacă considerați util, putem stabili o consultație, pentru a evalua la modul concret ceea ce este de făcut, în special programul de recuperare al domnișoarei.

Sindrom de hiperlaxitate a ligamentelor

Anonim
Am fost diagnosticată cu Sindrom de hiperlaxitate a ligamentelor de la genunchi, bilaterală. Am 25 de ani, am facut 4 ani de sport de performanță (baschet), am 1.62 înălțime și 65 de kg. De mai bine de un an am dureri mari, mai ales la genunchiul stâng. Durerea este puternică și în poziția șezut sau când sunt întinsă în pat. Nu mi s-a umflat niciodată dar simt că parcă oasele s-ar zdrobi și îmi scap genunchiul. Durerea este continuă, foarte rar se întâmplă să nu mă doară. Am fost la medic și mi s-a spus că trebuie operație, dar vreau să întreb, nu există o altă soluție? Nu mai fac nici un fel de sport, de un ani de zile, dar durerile nu au cedat ci s-au aplificat.

Dr. Georgiana Tache
După ce faceți un examen RMN, veți putea ști cu siguranță ce este de făcut. Până atunci, tonifierea musculaturii satelită genunchiului, în special a cvadricepsului, reprezintă recomandarea mea.

Risc de a vedea dublu după operația de strabism?

Paul Andrei
Bună ziua, d-na dr. Daniela Cioplean!
Am 23 ani și am observat că nu pot să mă uit cu ambii ochi normal. Văd doar cu ochiul stâng, iar dreptul îmi fuge în partea dreaptă jos. Am fost anul acesta la un medic oftalmolog și mi-a găsit următorul diagnosti:
OD: Exotrop OS: Hiperfuncție oblic unic. Mi-a prescris să port ochelari permanent OD: -2,50 refractar +2,50 duplex 87 OS: 0,00 și să revin după 6 luni la control.
De curând, am fost la alt cabinet oftalmologic din Bucuresti și mi s-a spus că dacă mă operez s-ar putea ca după operație să văd dublu. Mi-a făcut un test ținând capul drept și trăgându-mi ochiul drept în poziție normală. M-a pus să mă uit la un anumit obiect și îl vedeam într-adevăr dublu din acea poziție. Țin să precizez că d-na oftalmolog mi-a spus că în cazul în care o să văd dublu după operație nu va mai avea ce face și o să văd toată viața dublu. totuși, aș vrea să știu dacă ar mai fi vreo speranță și dacă m-aș putea opera? Vă mulțumesc !

Gabriel B. (pacient)
Salut, Paul Andrei!
Îți recomand cu toată căldura să mergi să te vadă d-na dr. Daniela Cioplean de la clinica OFTAPRO din București. Eu m-am operat de două ori la d-na dr. și acum lucrurile sunt așa cum mi-am dorit. Clinica este specializată în probleme de strabism. Și eu am fost avertizat asupra riscului unei vederi duble dar asta doar ca o fază de tranziție post-operatorie de câteva zile. Acest lucru în realitate nu s-a întâmplat deloc după intervenția chirurgicală. D-na dr. este foarte de treabă și sunt sigur că îmi vei mulțumi pentru sfat. Mult succes și aștept să-mi spui că lucrurile s-au rezolvat favorabil. O seară bună.

Dr. Cioplean Daniela, medic oftalmolog
Buna ziua, Andrei,
Se pare că ai o pareza congenitală de Muschi Oblic Superior, însoțită de un strabism divergent, care se operează cu succes și rezultate bune! Testele care ți s-au făcut nu sunt relevante, sunt total depășite și din păcate trebuie s-o spun, relevă lipsa de actualizare a cunoștințelor a medicilor care, din punctual meu de vedere nu sunt suficient de bine specializați în acest domeniu. În țara noastră, strabismul este "diagnosticat și tratat" de către majoritatea oftalmologilor fără însă ca nivelul de cunoștințe de specialitate să depășească nivelul anilor 1950. Există doar câțiva strabologi "la zi". Sfatul meu este să vii la o consultație ca să facem o evaluare corectă la nivelul momentului în care ne aflăm și să-ți dau toate detaliile legate de alternativele de tratament. La mulți ani !

Paul Andrei
Buna ziua, d-nă doctor!
Am sunat la clinică și mi-am făcut programare pentru consultație la Dumneavoastră. Vă mulțumesc din tot sufletul că mi-ați răspuns și că mi-ați dat o speranță. La Mulți Ani și Dumneavoastră!

Pagini realizate pe baza comentariilor postate de cititorii site-ului ***www.saptamanamedicala.ro***

Empatie sau indiferență?

Realitatea din instituțiile medicale private

Studiu de Mystery Shopping

A oferi un serviciu excepțional începe prin a asculta pacientul cu atenție și răbdare, a centra discuția pe nevoile individuale ale acestuia și mai ales a oferi empatie, indiferent dacă ne raportăm la un medic, la o persoană din call center sau recepție. Cu toate acestea un studiu de mystery calling făcut de VBS, Voichița Business Solutions, la principalele clinici de sănătate private, a arătat că doar în jumătate din cazuri "pacienții misterioși" au fost întâmpinați la celalalt capăt al firului pe un ton optimist, asigurat de o voce caldă, plină de speranță, oferindu-le certitudinea că sănătatea lor este primordială.

Acest studiu de mystery shopping, numit în unele surse "tehnica pacientului misterios sau anonim", a fost efectuat între 3 și 9 Ianuarie a.c. la 11 unități medicale private din București, și a încercat să surprindă toate elementele ce contribuie la satisfacția pacientului în momentul primei interacțiuni telefonice. Au fost urmărite atât aspectele tehnice privind eticheta la telefon și respectarea procedurilor standard de comunicare, cât și elementele privind nevoile emoționale ale pacienților.

Să nu uităm că majoritatea celor care solicită o programare se confruntă cu o problemă acută de sănătate, iar aceștia pot prezenta pe lângă durerea fizică și emoții negative cum ar fi incertitudine și anxietate. Prin urmare operatorul care răspunde solicitării unui potențial pacient trebuie să fie și o companie plăcută, care să ofere compasiune și înțelegere. Cel care apelează la un astfel de serviciu o face cu inima strânsă fiindcă este vorba despre integritatea lui fizică, de aceea, un ton prietenos pe parcursul discuției, o îmbărbătare sau o încurajare poate fi o necesitate.

Mai mult, nu se poate oferi asistență și ajutor, mai ales fiind vorba de o unitate medicală, dacă pacientul este întrerupt imediat, înainte să poată spune care îi sunt nevoile, dar și temerile. Cu toate acestea, în momentul în care s-a apelat pentru o programare telefonică, în peste 50 % din cazuri pacientul a fost întrerupt după doar câteva secunde, iar tonul operatorilor din call center a fost unul expeditiv și chiar nepoliticos. S-a observat că uneori preocupările birocratice sunt mai importante decât nevoile pacientului: în unele convorbiri telefonice, problemele semnalate de pacient au trecut pe planul doi, operatorul fiind mai degrabă interesat de datele de identificare ale acestuia decât să asculte și să afle cauza pentru care este nevoie de medic sau consult. În plus răbdarea pacientului era pusă la mare încercare, deoarece doar 1 din 3 apeluri au fost preluate prompt, fiind nevoie chiar de 4 apelări consecutive într-unul din cazuri pentru a se putea lua legătura cu un operator.

Pentru ca fiecărui pacient să i se ofere o soluție personalizată nevoilor sale, ar trebui să se acorde o importanță deosebită nu numai aspectelor legate de amabilitate și etichetă la telefon, ci și abilităților personalului ce deservește clientul de a identifica nevoile și profilul acestuia. Din păcate, realitatea din clinicile noastre are puține bile albe la acest capitol. Aproape în 70 % din cazuri, operatorii din call center nu au pus toate întrebările pentru a determina nevoilor pacienților și 59 % dintre aceștia nu i-au întrebat nici măcar dacă apelează la această clinică pentru prima dată.

Este esențial de precizat că abilitățile de vânzare ale personalului din "front line", deși au un rol complementar în acest departament, pot face adesea diferența între a realiza o programare sau a-l determina pe pacient să treacă la următoarea unitate medicală din listă. Dacă în momentul contramandării unei programări mai mult de jumătate din clinicile evaluate au încercat să ofere pacientului o alternativă, adică o reprogramare, doar 1 din 10 operatori au menționat din proprie inițiativă și alte servicii oferite de clinică. Mai mult decât atât, nici unul dintre cei 22 de operatori de call center evaluați nu a menționat în timpul convorbirii măcar un beneficiu oferit de compania sa în raport cu concurența.

La capitolul "așa nu" putem trece și câteva experiențe în care operatorul a omis să-i comunice pacientului locația și doctorul la care a fost programat, i-a refuzat, pur și simplu, consultul la un medic specialist, îndrumându-l spre medicul de familie, sau fiind angrenat în alte activități, a solicitat unele date de identificare de două ori în cadrul aceleiași convorbiri.

Relația cu clienții trebuie să fie una excepțională mai ales în cazul instituțiilor de sănătate, deoarece când un pacient apelează la serviciile unei clinici nu îi oferă doar încrederea și banii lui, ci chiar sănătatea sa. Cu toate acestea serviciile medicale din România sunt încă la un nivel de calitate minimal în ceea ce privește atenția față de pacient (la un procent general de doar 54% conform studiului efectuat). Investițiile făcute de sectorul medical privat în trainingul personalului precum și monitorizarea elementelor ce contribuie la satisfacția clientului sunt încă insuficiente.

Articol oferit de
Cosmina Voichița Meseșan
Specialist în Mystery Shopping
și Customer Care

Supraviețuirea copilului cu "Gură de lup„

Moldoveanu Dumitru Titi

În ceea ce privește boala palatoschizis (gură de lup), am o fetita de 2 luni care are o asemenea malformație. Dar, diferit de ce s-a spus într-un articolul Gura de lup- palatoschizis publicat anterior în Săptămâna Medicala nr. 133 din august 2010, el este un copil care se alimentează bine, doar că trebuiesc tetine speciale, cele de la NUK și HABERMAN sunt foarte de ajutor. Nu este adevărat că un asemenea copil va fi exclus de la viața obișnuită și că poate chiar muri și că în funcție de mărimea deschiderii dintre gură și nas sau dacă malformația afectează numai palatul moale copilul supraviețuiește. Este incorect a se afirma că un asemenea copil nu poate convieţui cu semenii săi din cauza faptului că nu poate vorbi. Pentru toți care au nevoie de ajutor în ceea ce constă achiziționarea tetinelor speciale și biberoanelor, scrieți-mi pe adresa dumitru.moldoveanu@yahoo.com.

Oana Georgescu

Am o fetiță care are așa ceva și este mai mult decât normală...nu s-a înecat niciodată, nu i-a ieșit niciodată laptele pe nas...nu spun că nu se poate întâmpla...dar până la a muri e cale lungă...

Cristina

Din fericire, eu am un copil sănătos, însă o bună amică a născut fetița cu această maladie... lipsa vălului palatin. Până la 11 luni când i s-a putut face prima intervenție chirurgicală (la Timișoara) a fost hrănită doar cu ajutorul unui furtun (ca și cel pentru perfuzii) care se introducea în stomac, iar cu seringa îi administra lapte - în primele luni, apoi supe de legume pasate. Un chin mai mare nu am putut vedea. Probabil dacă mama fetiței nu ar fi asistentă medicală nu ar fi avut tăria să își salveze copilul. Altfel, este o dulceață de fetiță, isteață foc, fără defecte vizibile (fără buză de iepure), însă a început să vorbească binișor abia după 4 ani, după cea de-a treia intervenție chirurgicală. Mama ei poate fi considerată o eroină. Vălul palatin lipsea în totalitate, astfel încât comunica direct faringele cu laringele. Sănătate tuturor!

Moldoveanu Dumitru Titi

Draga Cristina, uite că după atâta vreme ajung să îți scriu și să te informez corect în ceea ce priveste palatoschizis.Din fericire, în ultima vreme s-a dezvoltat foarte mult producția de biberoane speciale, tetine speciale cu care copii cu oricare defect de schizis (labio-maxilo-palatoschizis) se hrănesc foarte bine, iau în greutate, nu trebuie să ajungem cu ei inecați la urgență.Fata mea are la un an 9,70kg, încă nu a fost operată, se alimentează cu acest biberon de la lapte și până la supă sau mâncărică (dată prin blender și apoi pusă în biberon). Cristina, este de apreciat efortul făcut de prietena ta, spun asta pt. că știu foarte bine prin ce a trecut. Ce s-a întâmplat cu fetița prietenei tale probabil a fost în urmă cu câțiva ani, nu ? Eh, probabil că la acea vreme așa era, dar știința și medicina avansează pe zi ce trece. Acum dacă ne apucăm să postăm ce a scris un medic în 1843 despre o anume boală nu facem altceva decât să dezinformăm. Ce subliniam eu este că .....nu trebuie să speriem părinții ai căror copii au această malformație.

Alina

Are perfectă dreptate domnul Dumitru. Vă felicit pentru tot ce ați scris. Eu am o fetiță de 4 ani care s-a născut cu această problemă. De când s-a născut s-a alimentat bine cu ajutorul unui biberon special și o tetină specială. Nici vorbă nu a fost nevoie de furtun în stomac pentru a-mi alimenta fetița. Pe data de 1 decembrie 2011 s-a intervenit la închiderea palatului dur. A fost un succes pentru doctorii de aici (Spania).

Pacientul este mai mult decât un caz clinic!

Dr. Georgeta Sfetcu,
medic primar
medicină dentară
getasfetcu@yahoo.com

Practica mea medicală, discuțiile cu pacienții dar și cu alți colegi de braslă m-au făcut să înțeleg și să simt nemijlocit importanța relației pacient-medic, pe două planuri: unul afectiv (de empatie) și celălalt informativ.

Dincolo de cunoștințele medicale și tehnice (sau tehnico - medicale) dobândite în Facultate cât și ulterior, în practica zilnică, noi medicii trebuie să avem în vedere în fiecare clipă că pacientul este un om cu sensibilități fizice și psihice, el nu este doar un caz clinic sau o problemă medicală de rezolvat. Pacientul vine în Cabinet cu o încărcătură emoțională provocată de durere, de frica față de medic și de diagnosticul / tratamentul ce urmează, de apăsarea financiară etc.

Așadar, din start, pacientul are o accentuată stare de angoasă, de crispare și să nu uităm că fiecare bolnav are un anumit grad de toleranță la stres și la durere cat și o reacție diferită față de acestea. Tocmai aici intervine rolul și talentul medicului. Un cuvânt de bunăvoință, de înțelegere, puțin umor, cand se poate, au de multe ori darul de a-l relaxa, a-l detensiona.
În al doilea rând (sau în altă ordine de idei), buna comunicare cu pacientul, explicarea la nivelul său de înțelegere a etapelor de tratament care urmează a fi efectuate, acestea produc încredere pacientului în medic și conduc la o mai buna colaborare în desfășurarea actului medical: înțelegerea tratamentului și urmarea acestuia întocmai.
Altfel, un pacient încordat, insuficient informat, nelamurit în ceea ce privește tratamentul, devine suspicios, speriat, necooperant. Ulterior, această stare poate ridica chiar dificultăți în reușita tratamentului. Așa că, nu odata, s-a întâmplat ca un pacient nemulțumit să apeleze la un alt coleg de breaslă pentru a-și rezolva problemele medicale.
Se constată deseori că lipsa de răbdare, de receptivitate din partea medicului (sau a personalului sanitar mediu), poate duce la nemulțumiri sau chiar conflicte între pacient și echipa medicală și chiar la acuzatii de malpraxis.

Iata de ce, succesul activității medicale, a efortului și chiar a dăruirii noastre în plan profesional, poate fi cateodată umbrit sau anulat de lipsa de tact în abordarea acestor aspecte de comunicare, care privesc relația Medic- Bolnav. Pacientul, încă de la intrarea în cabinet și până la terminare consultației sau a tratamentului, trebuie să vadă în medic un specialist dar și un prieten, un apropiat. Este Respectul pe care ni-l datorăm unii altora și în primul rând pacientului.

Etapele de diagnostic ale bronșiectaziilor

Asist. Univ. Dr. Mahler Beatrice, m.pr. pneumolog, Institutul de pneumologie Marius Nasta, Bucureşti, as. univ. Universitatea de Medicină şi Farmacie Carol Davila, Bucureşti

Bronșiectazia este o afecțiune cronică respiratorie, caracterizată prin dilatarea anormală și ireversibilă a calibrului bronșiilor medii, cu alterări structurale ale peretelui și obstrucție distală, cu apariția aspectului în "fund de sac sau deget de mănușă". Modificările bronșice predispun la infecții recurente bacteriene, care frecvent devin cronice. Răspunsul inflamator al organismului, ca răspuns la agresiunea bacteriană, va induce distrucții bronșice, închizând cercul vicios format.

Diagnosticul de bronșiectazii este suspicionat la pacienții cu infecții respiratorii repetate, tuse cronică, expectorație purulentă, transpirații abundente, astenie, dispnee și uneori chiar prezența sângelui în expectorație.

Simptomatologia prezentată de pacienți este de cele mai multe ori nespecifică, o mare parte dintre aceștia sunt diagnosticați și tratați o perioadă îndelungată cu medicație specifică pacientului astmatic.

În evaluarea pacientului cu bronșiectazii este importantă evaluarea antecedentelor respiratorii a tuturor membrilor familiei, dar și a antecedente personale respiratorii din copilărie și până în momentul evaluării, de exemplu tuse convulsivă, tuberculoză, varicelă, rujeolă.

Examenul obiectiv nu este specific și poate evidenția în formele severe de boală: deficit de creștere și dezvoltare, dacă diagnosticul este pus in perioada copilăriei, la care se asociază modificarea specifică a structurii degetelor mâinii, numită - hipocratism digital, colorarea violacee a degetelor și feței, datorită lipsei de oxigenare eficientă a țesuturilor. Dacă, diagnosticul este pus, după vârsta de 40 ani, examinarea pacientului nu evidențiază modificări semnificative decât în stadiile finale ale bolii.

Pacientul trebuie să urmeze două etape de diagnostic. Evaluarea inițială, de rutină cuprinde hemoleucogramă completă, anemia fiind prezentă ca efect a inflamației cronice. Investigații

care sugerează prezența sindromului inflamator sunt: VSH-ul, hemoleucograma împreună cu formula leucocitară și proteina C reactivă.

Spirometria este indicată la pacienții cu bronșiectazii extinse la care sunt utile și testele de bronhodilatație, iar la cazurile selecționate se pot efectua explorări funcționale specifice, care evaluează factor de transfer al oxigenului și dioxidului de carbon, la nivelul plămânului, valori care vor fi corelate cu valoarea oxigenului și dioxidului de carbon din sângele pacientului.

Bronhoscopia este necesară pentru recoltarea de produse specifice și în vederea diagnosticului diferențial cu alte afecțiuni bronșice.

Diagnosticul imagistic este de elecție. Dacă radiografia toracică postero-anterioară nu oferă informații exacte, computer tomografia toracică este testul care tranșează diagnosticul și identifică eventuale anomalii pulmonare existente.

Examenul tomografic al sinusurilor este indicat la pacienții cu sinuzită cronică, știindu-se că există o corelație clinico-evolutivă între sinuzite și bronșiectazii. Prezența afectări sinusale, mai ales la copii și adolescenți, sugerează posibilitatea prezenței unor afecțiuni cronice cu transmitere genetică (fibroză chistică, tulburărilor ciliare).

Examenul sputei este util pentru a identifica germenii care produc infectarea leziunilor bronșiectazice : micobacterilor atipice, bacterii și fungi.

După ce s-a stabilit diagnosticul de bronșiectazii, urmează a doua etapă de diagnostic care presupune stabilirea factorului predispozant. Aceste teste specifice sunt efectuate de medicul pneumolog în colaborare cu medicul pediatru, gastroenterolog și anatomopatolog.

În funcție de vârsta pacientului și de antecedentele familiare se poate opta pentru una sau mai multe din analizele următoare:

- testul pentru diagnosticul mucoviscidozei - testul sudorii, teste genetice pentru fibroză chistică,
- dozarea și fenotiparea pentru α1 antitripsinei,
- imunoelectroforeza permite dozarea imunoglobulinelor (IgG, IgA, IgM, IgE).
- biopsie mucoasă nazală în diagnosticul sindromul cililor imobili, evalurea activității ciliare ``in vivo``.
- nivelul de oxid nitric nazal este util în diagnosticul dischineziei ciliare primare.
- tranzitul baritat, pH-metrie esofagiană transnazală, pentru evidențierea bolii de reflux gastroeofagian, dar și tulburările de deglutiție, hernia hiatală, alte afecțiuni esofagiene. De menționat este că lipsa refluxului gastro-esofagian nu exclude modificările de pH.
- manometrie esofagiană - pentru pacienții diagnosticați cu lupus eritematos sistemic, la care se bănuiește că presiunea esofagiană este insuficientă pentru a bloca pasajul alimentelor din esofag spre stomac.
- diagnostic serologic în bolile de colagen - factor reumatoid, HLA-B27, ANA.

Deși puțin studiată, cu excepția fibrozei chistice, bronșiectazia este afecțiune frecventă a căilor respiratorii, cu tendință la cronicizare. Simptomatologia pacienților este trenantă, cu pierderea gradală a funcției pulmonare. Diagnosticul de elecție este pus doar prin examinare computer tomografică, ceea ce poate întârzia diagnosticul și prognosticul pacientului.

În numărul viitor vom vorbi despre tratamentul bronşiectaziilor.

Boli influențate de vreme

Dr Ruxandra Constantina
medic de familie,
competenta apifitoterapie
Clinica Medas Professional

Meteorosensibilitatea reprezintă, de fapt, declanșarea sau amplificarea în funcție de variațiile factorilor atmosferici asimptomatologiei unor disfuncții sau afecțiuni preexistente aflate în stare latentă. Diferențele bruște de temperatură, variațiile de presiune atmosferică, precipitațiile, accentuarea vântului, umiditatea, toate pot perturba energia organismului.

Aproximativ o treime din populația Europei prezintă o predispoziție și o sensibilitate ce o face meteorosensibilă. La aceste persoane, simptomatologia poate varia de la stări de indispoziție, dureri difuze, cefalee, migrene, transpirații, iritabilitate, mergând până la creșterea tensiunii arteriale (TA), palpitații, respirație dificilă, crize de astm bronșic, dureri articulare puternice.

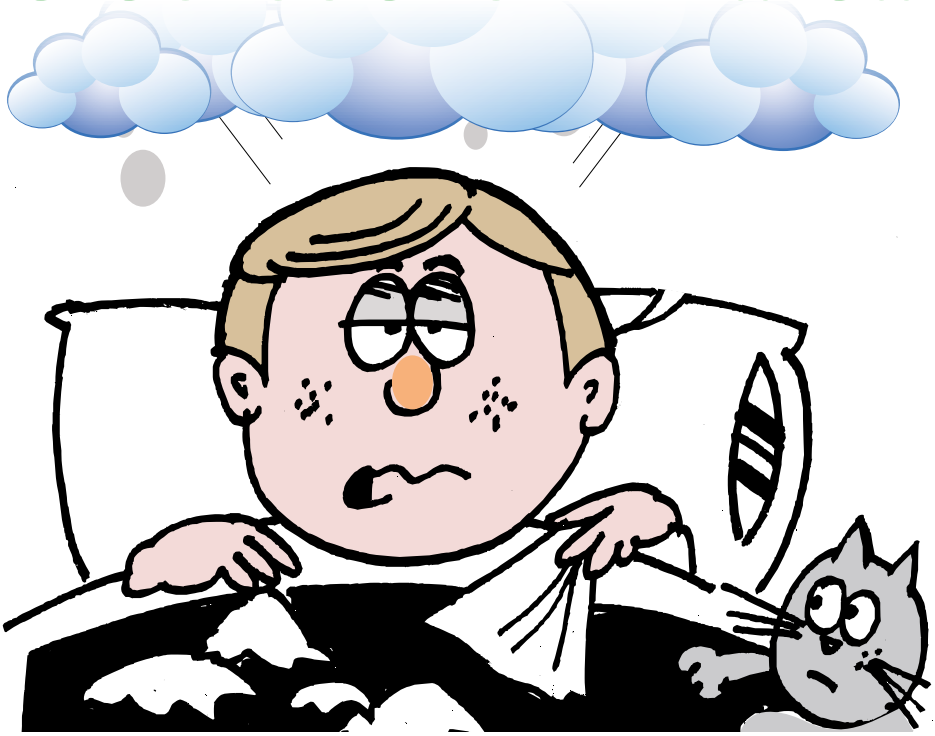
Boli agravate în acest anotimp

Afecțiunile osteo-articulare: anotimpul rece declanșează dureri articulare, uneori foarte accentuate, afectând mobilitatea activă și pasivă a articulației la persoanele care prezintă artroză (reumatism) sau cu o sensibilitate deosebită; de asemenea, pot apărea dureri la nivelul unor fracturi sau luxații mai vechi:
Afecțiunile cardiace: în special schimbările de presiune atmosferică produc modificări la nivelul aparatului cardiovascular; scăderea presiunii determină creșterea tensiunii arteriale la persoanele cu hipertensiunii arteriale (HTA), tahicardie, cefalee, palpitații, senzație de greutate în piept; uneori sunt precipitate crizele de angină pectorală și chiar apariția infarctului miocardic, a accidentelor trombotice.
Afecțiuni vasculare: sindromul Raynaud este o afecțiune influențată negativ de temperatura scăzută, care determină un răspuns vasomotor exagerat în momentul expunerii la frig, cu modificări ale circulației la nivelul mâinilor (modificări de culoare, furnicături, amorțeli, durere).
Afecțiuni psihice: vremea închisă, ploaia, vântul, micșorarea timpului de expunere la lumina solară, toate acestea scad tonusul fizic și psihic, cauzează o stare de astenie, iritabilitate, modificări ale somnului, nervozitate; în cazul persoanelor sensibile, poate determina variații ale dispoziției afective, crize depresive, de anxietate.
Afecțiuni respiratorii: aerul rece, precipitațiile, intensificările de vânt, determină infecții respiratorii diverse (rinofaringite, traheobronșite, laringite, pneumonii), declanșarea rinitei alergice, ca și precipitarea unor crize de astm bronșic.
Afecțiuni genito-urinare: la femei, favorizate de frig și umezeală: cistită, metroanexite.

Afecțiuni endocrine: disfuncții sexuale.
Afecțiuni neurologice: migrene, nevralgii (sciatic, trigemen).

Deși, teoretic, nu există un tratament alopat sau naturist care să trateze aceasta meteorosensibilitate, practic, putem lua o serie de măsuri care să limiteze declanșarea simptomatologiei sau să prevină apariția complicațiilor.
Stil de viață sănătos - alimentație corespunzătoare
Gimnastica medicală;
Tratament cu plante, produse apicole, reflexoterapie, masaj (terapeutic , de relaxare), aromoterapie, meloterapie, cromoterapie.
Pacienții cardiaci trebuie să evite să iasă din casă când este foarte frig, trebuie să se îmbrace corespunzător, cu protejarea extremităților, să adopte o alimentație sănătoasă, să urmeze strict indicațiile și tratamentele recomandate de cardiolog; există plante care îi pot ajuta să treacă mai bine peste această perioadă a anului, având proprietăți tonicardiace, vasodilatatore, de

- Meteorosensibilitatea



reglare a valorilor tensiunii arteriale, de scădere a valorilor colesterolului: extract de ceai verde, păducel, vâsc, gingko biloba, castan, coenzima Q10, resveratrol, ghimbir, capsule cu ulei de pește Omega 3.

Pacienții cu afecțiuni reumatismale, în timpul puseului acut, alături de medicația antiinflamatoare și antialgică, își pot administra și extracte din plante cu efecte antiinflamatoare, decontracturante, sub formă de ceaiuri, capsule, tincturi: gheara diavolului, gheara mâței, arnică, scoarță de salcie, mesteacăn; extern, pot fi folosite unguente aplicate local (arnică, untul pământului, gheara diavolului) sau uleiuri esențiale, care pot fi adăugate în apa de baie; pentru masaj: ulei de mentă, cimbru, mușețel, lavandă, roiniță.

Pentru pacienții cu antecedente de depresie, sunt foarte utile plantele care măresc tonusul psihic, înlătură tensiunile nervoase, ajută la restabilirea bunei dispoziții și a echilibrului psiho-emoțional: lavandă, sunătoare, roiniță, busuioc, mentă, suc de noni; de asemenea, aromoterapia este benefică, relaxează corpul și mintea, cu ajutorul uleiurilor esențiale de bergamotă, lavandă, mușcată, geraniu, iasomie, brad, trandafir, adăugate în lampa de aromoterapie sau în apa de baie sau folosite pentru masaj (în amestec cu un ulei vegetal).

Pacienții care răcesc frecvent în anotimpul rece, uneori cu forme grave de boală respiratorie, pot urma un tratament natural pentru stimularea imunității nespecifice și creșterea puterii de apărare a organismului în fața atacului agenților patogeni: echinaceea, chimen negru, muguri de plop, muguri de coacăz negru, fructe de cătină. Să nu uităm că, în această perioadă a anotimpului rece, produsele stupului ne sunt aliați de nădejde, deoarece sunt surse naturale de vitamine, minerale, antioxidanți, aminoacizi, antiotice naturale: mierea, polenul, păstura, tinctura de propolis, lăptișorul de matcă.

Reconstrucția de sân... un moft sau o necesitate?

Dr. Cristina Brezeanu
M. pr. chirurgie plastică
As. Univ. UMF Carol Davila
Doctor în științe medicale
www.aestheticsurgery.ro

Cancerul de sân reprezintă o boală gravă pe care, din păcate, o întâlnim tot mai frecvent, afectând un număr din ce în ce mai mare de femei tinere. Deşi face parte din categoria bolilor maligne, este unul dintre cancerele care descoperite şi tratate precoce, se poate vindeca.
Mastectomia (extirparea chirurgicală a glandei mamare) este soluția salvatoare. Pe de altă parte mastectomia este o intervenție chirurgicală mutilantă.
Bucuria de a fi o învingătoare în lupta cu cancerul este umbrită de o intervenție chirurgicală mutilantă, care îndepărtează sânul, principalul simbol al frumuseții şi feminității.
La ora actuală sânul poate fi reconstruit. Chirurgia plastică dispune de numeroase soluții chirurgicale care vă pot ajuta să vă recăpătați sânul pierdut. Astfel, veți putea reveni la o viață normală, veți fi pe deplin o învingătoare în lupta cu cancerul.

Metode de reconstrucție mamară

În prezent există multiple posibilități chirurgicale de reconstrucție mamară. Pentru aceasta se pot folosi implanturi sau țesuturile proprii. Reconstrucția de sân este o intervenție personalizată, adaptată la particularitățile anatomice individuale, scopul principal al acestei intervenții fiind de a obține un sân identic cu sânul sănătos. La alegerea metodei optime pentru fiecare pacientă în parte, vom ține seama de aspectul sânului contralateral, caracteristicile constituționale ale fiecărei paciente, starea țesuturilor din zona operată, vârsta, starea de sănătate, tratamentele urmate (citostatice, radioterapie), dar și de dorința pacientei. Soluțiile chirurgicale la care putem apela sunt următoarele:

Reconstrucția sânului cu implanturi mamare

Este cea mai simplă metodă de reconstrucție mamară și presupune introducerea unui implant mamar sub mușchiul pectoral, pentru a remodela astfel forma noului sân. Este potrivită pentru

femeile cu sâni mici, la care în cursul mastecomiei s-a păstrat mușchiul pectoral și la care există rezerve de tegument pentru a se introduce un implant similar cu sânul contralateral.

De obicei, după mastectomie, nu rămâne suficient tegument pentru a acoperi un implant, iar în aceste situații putem reconstrui sânul cu ajutorul unor implanturi create special pentru reconstrucția de sân, protezele expander (tip Becker). Acestea sunt niște implanturi dublu compartimentate. Compartimentul extern este plin (umplut cu gel de silicon), în timp ce compartimentul intern este gol, dotat cu o valvă prin care ulterior îl vom umple cu ser fiziologic. Umplerea compartimentului cu ser fiziologic se va face treptat, prin injectări regulate, repetate săptămânal până la umplerea integrală a implantului. Astfel de implanturi sunt indicate pentru pacientele care optează pentru o reconstrucție mamară cu implant, dar nu au țesuturi suficiente pentru a introduce un implant similar cu sânul contralateral.

Expandarea tisulară

Expanderul tisular reprezintă un implant special creat pentru a obține surplusul tisular necesar pentru acoperirea unui implant. Este o metodă de reconstrucție ce se poate utiliza în majoritatea cazurilor. Presupune două etape chirurgicale. În prima etapă se introduce expanderul tisular, care are forma unei proteze de sân, dar care este gol. Urmează umplerea expanderului cu ser fiziologic prin injectări săptămânale.
Cea de a doua etapă chirurgicală presupune extragerea expanderului și introducerea unei proteze mamare cu gel de silicon. Avantajul acestei metode este acela de a crea, în timp, un surplus de țesut necesar pentru acoperirea unui implant mamar voluminos, care altfel nu ar fi încăput. Prin această metodă, reconstrucția cu implanturi devine posibilă în cazul multor paciente.

Reconstrucția mamară cu țesuturi proprii (lambouri)

În anumite situații, putem apela la țesuturile proprii, pe care le putem folosi ca „material de reconstrucție". Astfel de metode presupun utilizarea marelui dorsal (țesuturile și mușchiul din zona spatelui) sau a dreptului abdominal (țesuturile și mușchiul abdominal). În cazul din urmă, metoda este condiționată de existența unui surplus de țesuturi la nivelul abdomenului. Îndepărtarea acestuia și utilizarea lui ca material pentru reconstrucția de sân poate reprezenta un dublu avantaj din punct de vedere estetic.
Prin utilizarea țesuturilor proprii se obțin rezultate foarte bune din punct de vedere estetic, dar există dezavantajul unor cicatrici la nivelul zonelor donatoare. Sunt indicate îndeosebi pentru pacientele care au beneficiat de radioterapie sau pentru pacientele cu sâni foarte voluminoși.
Alegerea metodei optime pentru fiecare caz în parte reprezintă primul pas către un rezultat postoperator optim. Scopul principal al intervenției de reconstrucție mamară îl reprezintă obținerea unei „imagini în oglindă" a sânului contralateral. De multe ori, pentru obținerea simetriei este necesară și remodelarea sânului contralateral, prin lifting, reducție mamară sau prin introducerea unui implant.

Strategii de

G-ral Maior (r)
Prof Univ. Dr. Nedelcu Ioan

Ridurile sunt adesea martorii tăcuți ai timpului care s-a scurs peste noi. Frigul, vântul, soarele, ploaia, substanțele poluante, meseriile și sporturile practicate în aer liber cu expunerea intempestivă la factorii agresivi fizici, chimici, radiativi sunt tot atâtea condiții favorizante ale apariției și dezvoltării ridurilor. Determinismul genetic propriu fiecărui organism modulează viteza de apariție și dezvoltare a ridurilor

Indiferent de cauzele generatoare și mecanismele de apariție, ridurile sunt considerate a fi dăunătoare frumuseții și, în consecință, orice efort care are drept scop reducerea acestora este binevenit.

Numărul tehnicilor și metodelor de luptă împotriva ridurilor este atât de mare încât, frecvent, în cadrul consulturilor medicale, ni se punea întrebarea: "Domnule Doctor, ce și când anume trebuie să fac pentru a mă îngriji cel mai eficient împotriva ridurilor ?"

Primul și poate cel mai important lucru de care trebuie să ținem cont este profilaxia apariției ridurilor, deoarece este mult mai ușor să prevenim decât să tratăm. Trebuie să respectăm pielea, în activitatea zilnică, de așa manieră încât să nu-i suprasolicităm posibilitățile de adaptare la agresiunea mediului înconjurător. Trebuie să facem tot ceea ce ne stă în puteri pentru a trăi într-un mediu natural cât mai curat, cu cât mai puțini factori poluanți agresori.

Zâmbetul este un factor deosebit de important pentru profilaxia apariției ridurilor de expresie, iar încruntarea aduce după sine contracția mușchilor pielii care, prin repetiție, vor genera ridurile de expresie .

îngrijire a ridurilor

Ce creme de ten folosim?

Utilizarea mijloacelor de protecție fizică (pălării, eșarfe, haine adecvate anotimpului și gradului de insolație sunt de mare folos. La acestea se adaugă utilizarea factorilor de protecție fizică și chimică conținuți în cremele ecran solar. Dacă în urmă cu câteva decenii se spunea că gradul de civilizație al unei societăți poate fi măsurat și după cantitatea de detergenți și șampoane utilizate, astăzi, putem parafraza, spunând că acest grad de civilizație este dependent și de cantitatea și calitatea cremelor de protecție solară utilizate.

Îngrijirea adecvată din punct de vedere cosmetic este de mare importanță și ar reprezenta următorul pas în cadrul preocupărilor legate de riduri.

Dimineața se va utiliza o cremă hidratantă și emolientă pentru ten normal/uscat/sensibil, aplicată după curățarea prealabilă a tenului cu o emulsie demachiantă pentru ten normal/ uscat/ sensibil și tonifierea cu o loțiune tonică de asemenea adecvată tipului de ten.

Seara se impune aplicarea unei creme de noapte sau a unei creme antirid/antiîmbătrânire cutanată. Aceasta se va aplica doar după curățarea cu emulsia demachiantă și tonifierea cu loțiunea tonică adecvată tipului de ten.

Pellinguri

Cremele de gomaj blând utilizate din două în două zile sau cremele de gomaj profund, aplicate o dată sau de două ori pe săptămână, reprezintă unul dintre micile mari secrete ale îngrijirii adecvate ale unui ten pe care dorim să-l protejăm de apariția prematură a ridurilor.

Peelingurile chimice superficiale pe bază de acizi alpha hidroxi sau de acid mandelic, concepute pentru autoîngrijire, sau peelingurile efectuate în centrele de frumusețe stau la îndemâna tuturor. Superioare peelingurilor chimice superficiale sunt peelingurile mecanice, dublate de cristaloterapie și terapie endermologică (de activare a drenajului limfatic și a circulației prin capilarele arteriale și venoase cutanate). Acestea se realizează prin tehnicile de microcriodermabraziune, care poate fi executată în orice anotimp, nefiind însoțită de riscurile specifice peelingurilor chimice .

Mezoterapia

Este injectarea superficială în piele a unor amestecuri complexe și personalizate de substanțe active – acid hialuronic, X-ADN, microelemente, vitamine etc., cu ajutorul unor dispozitive și ace speciale, care fac înțepăturile complet nedureroase. Singură sau în asociere cu microcriodermabraziunea , reprezintă un pas specializat, de mare eficiență și deosebit de util pentru păstrarea tenului tânăr și prevenirea îmbătrânirii.

Folosirea substanțelor de umplere (colagen, acid hialuronic etc.), resorbabile sau neresorbabile, administrate prin microinjectarea sub riduri cu „umplerea“ acestora, reprezintă deja o tehnică sofisticată, care stă doar la îndemâna medicilor specializați.

Cele mai sofisticate tenhnici de luptă împotriva ridurilor, tehnici la limita manevrelor chirurgicale (liftinguri), constau în implantarea de fire de polen sau aur cu scopul de a remodela, susține tenul și șterge ridurile.

În concluzie, primul pas, din punct de vedere cosmetologic, în profilaxia și tratamentul ridurilor îl reprezintă utilizarea cosmeticelor adecvate.

Blefarospasmul

" Blefaro" în limba greacă înseamnă pleoapă, iar "spasm" înseamnă contracție musculară necontrolată. Cu alte cuvinte, blefarospasmul este o contracție spasmodică, involuntară și necontrolabilă a mușchilor pleoapelor, frecvent manifestată la ambii ochi.

Apare spontan, fără nicio cauză aparentă sau semn de avertizare. Durata fenomenului, care apare mai frecvent în timpul zilei, variază de la câteva minute până la câteva ore. Este o afecțiune destul de rară, cu prevalență de ~1/20000 de persoane.

Se manifestă deopotrivă la bărbați și la femei de orice vârstă, dar copiii și femeile de vârstă mijlocie au sensibilitate mai mare. Printre factorii care favorizează blefarospasmul se regăsește stresul, fumatul sau expunerea pasivă la fumul de țigară, consumul de cafea, oboseala, o anumită sensibilitate psihosomatică, iar dintre factorii externi, expunerea la aer condiționat sau poluarea.

Blefarospasmul este des diagnosticat, greșit, ca alergie sau "sindrom de ochi uscat". Afecțiunea nu este însoțită de dureri și determină doar disconfort ocular. Persoanele cu blefarospasm au vedere normală. Când spasmul devine din ce în ce mai persistent, pacientul poate avea dificultăți la menținerea ochilor deschiși. Pacienții cu blefarospasm sever nu trebuie să conducă mașina. Tipic, spasmul dispare de la sine, fără tratament. Însă, există afecțiuni medicale serioase care se manifestă cu blefarospasm, ca de exemplu:

- reacție adversă la anumite medicamente (tratament hormonal - estrogeni, benzodiazepine antipsihotice etc.);
- afecțiuni neurologice: boala Parkinson, scleroza multiplă, boala Wilson;
- paralizie facială periferică (atingerea nervului facial cu lăcrimare în cursul masticației – sindromul "lacrimi de crocodil");
- eroziune corneană, corpi străini, traumatisme oculare, care pot provoca blefarospasm acut;
- sensibilitate la lumină (fotofobie);
- blefarită, trichiazis;
- tulburări ale somnului;
- teren ereditar.

Blefarospasmul cedează ca intensitate sau chiar dispare când pacientul doarme sau se concentrează pe o anumită activitate.

Pentru a confirma sau a exclude o cauză medicală importantă a blefarospasmului, se recomandă un examen oftalmologic complet, dar și un consult neurologic.

În general, se recomandă purtarea ochelarilor de soare. În anumite situații se administrează injectabil toxină botulinică (botox) în mușchiul orbicularis, care blochează stimularea nervoasă. În cazuri grave se apelează la intervenția chirurgicală, prin care se îndepărtează un mușchi al pleoapelor (miotomie).

DR. Grigorios Triantafyllidis
Medic specialist oftalmolog
Clinica de oftalmologie Ama-Optimex

Fotoîmbătrânirea - mecanisme fiziopatologice și implicații terapeutice

Mariana Tent, Dermatolog

Multe dintre manifestările cutanate ale îmbătrânirii, considerate inevitabile ravagii ale scurgerii anilor, sunt, de fapt, ravagiile expunerii la factorii de mediu. Campioane absolute la ravagii sunt radiațiile ultraviolete. Semnele fotoîmbătrânirii ("îmbătrânire prematură") sunt diferite de cele ale îmbătrânirii intrinseci. S-a estimat că radiațiile UV sunt responsabile pentru aproximativ 90% (!) dintre modificările vizibile asociate cu îmbătrânirea. O mare parte dintre distrugeri sunt deja prezente la vârsta de 18 ani, durând aproximativ 20 de ani până ele devin și vizibile.

Mecanismele fotoîmbătrânirii

Radiațiile UV sunt absorbite de moleculele pielii, generând specii reactive de oxigen (SRO), care au capacitatea de a produce "distrugerea oxidativă" a unor componente celulare (perete celular, lipide membranare, mitocondrii, ADN). Importante în manifestările fotoîmbătrânirii sunt modificările colagenului (scade producția, crește degradarea). Radiațiile UV provoacă în derm o "rană" care se vindecă imperfect, lăsând o "cicatrice solară" invizibilă. Expunerile repetitive la UV vor produce, în cele din urmă, o "cicatrice solară" vizibilă, manifestată clinic sub forma unui rid.

Microscopie

Pielea fotoîmbătrânită poate prezenta la nivelul epidermului atât atrofie marcată cât și hiperplazie. Modificările histologice cele mai marcate sunt acumulările de elastină sub joncțiunea dermo-epidermică (elastoză solară). Colagenul, care reprezintă aproximativ 90% din proteinele pielii, devine dezorganizat și nefuncțional.

Semne clinice

Toate dereglările în funcțiile și structura pielii se traduc prin semnele vizibile ale fotoîmbătrânirii: atrofie, uneori severă (toate straturile sunt afectate, cu excepția stratului cornos, care prezintă hiperkeratoză); uscăciune; riduri fine și riduri foarte adânci (altele decât cele de expresie); efelide; pigmentare neuniformă, pătată (alternează zonele mai decolorate cu petele brune); tentă gălbuie, ternă; pori dilatați; telangiectazii; purpură. Pielea este aspră, cartonoasă, fragilă, lipsită de fermitate și elasticitate.

Tratament

Există, desigur, tratamente, dar cel mai eficient "tratament" este prevenirea fotoîmbătrânirii. Atât epidermul cât și dermul sunt capabile de regenerare (moderată) atunci când injuria UV încetează – fie prin evitarea expunerii la soare, fie prin folosirea filtrelor cu spectru larg și SPF mare.
Repararea dermului (prin depunere de colagen subepidermic) poate fi stimulată cu topice farmacologice (retinoizi) și cosmeceutice. Studii asupra vindecării rănilor au arătat că anumite peptide aplicate topic sunt absorbite în derm, unde stimulează producția de colagen. Antioxidanții (orali/topici), reducând apariția SRO, pot oferi protecție pielii. Sunt interesante Pycnogenolul OPC, idebenona (analog al coenzimei Q10), vitamina C topica. Se adaugă un arsenal de proceduri mai mult sau mai puțin invazive: microdermabraziune, peeling chimic, lasere ablative/nonablative, IPL.

Rapid · Eficient · Vizibil... în infecțiile urinare

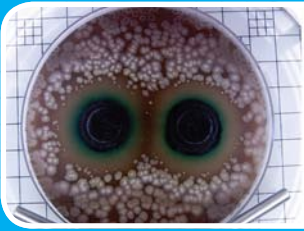
- Infecția urinară este una din condițiile patologice frecvente, întâlnită cu incidență mai mare la femei, datorită particularităților anatomice, în special vecinătatea între orificiul urinar și anus.
- 50% dintre femei suferă cel puțin o dată în viață de o formă de infecție urinară, agentul patogen cel mai frecvent implicat fiind bacteria *Escherichia coli*, responsabilă de producerea a 85% din infecții.

Pentru prevenirea și tratarea infecțiilor urinare, Fiterman Pharma a creat gama Uractiv: capsule și plicuri.

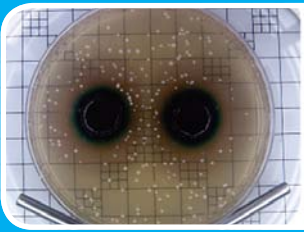
- **Uractiv capsule** conține extract de strugurii ursului (*Arctostaphylos uva ursi*) standardizat în arbutină 20% și albastru de metilen (*Methylthioninium Chloride*).
- **Uractiv Drink** conține extract de strugurii ursului (*Arctostaphylos uva ursi*) standardizat în arbutină 20%, extract uscat din rizomi de pir (*Agropyron repens*), ulei esențial de anason stelat purificat (*Illicium verum*), și ulei esențial de mentă (*Mentha piperita*).
- **Uractiv** este indicat în tratamentul afecțiunilor inflamatorii moderate și ușoare ale tractului urinar inferior: **cistite, uretrite, în prevenirea infecțiilor urinare recidivante, în prevenirea extinderii infecției la nivelul tractului urinar superior precum și a complicațiilor, în tratamentul microlitiazei renale.**

Uractiv acționează ca un bactericid, antiinflamator și diuretic. Prin cumulul acțiunilor principiilor active se realizează diminuarea rapidă a simptomatologiei.

Rezultatele testelor de laborator au arătat că URACTIV are acțiune bactericidă împotriva *Escherichia coli*, dar și asupra levurii *Candida albicans*.



Inhibarea de către URACTIV a *Escherichia coli* (inocul de 0,75 x10^7 UFC/ml) în mediu solid.



Inhibarea de către URACTIV a levurii *Candida albicans* (inocul de 0,26 x10^7 UFC/ml) în mediu solid.

Cum acționează URACTIV

- Calmează durerile și iritațiile de la urinare
- Distruge și elimină bacteriile responsabile de infecția urinară
- Elimină microcalculii și previne formarea litiazei urinare
- Limpezește urina și reduce mirosul neplăcut datorat infecțiilor
- Previne recidivele și complicațiile
- Colorează urina în albastru datorită albastrului de metilen
- Reduce retenția de apă.

www.fitermanpharma.ro

Hipnoza ca terapie

Mihaela Popa
Hipnoterapeut
Centrul de psihologie si dezvoltare personala
Body Mind Spirit
www.bodymindspirit.ro

Cu o sută de ani în urma hipnotizatorii erau consideraţi şarlatani, iar în Evul Mediu erau consideraţi vrăjitori.

Astăzi, hipnotizatorul este medic sau psiholog, specializat în domeniul hipnozei, şi poartă denumirea de hipnoterapeut.
Astăzi hipnoza este o tehnică respectată.

Hipnoza este o stare alterată dincolo de conştiinţa obişnuită, unde concentrarea, imaginaţia şi simţurile sunt accentuate, iar mintea este cea mai receptivă la sugestii. Clientul este întotdeauna în control complet în timpul fiecărei sesiuni de **hipnoză**.

Procesul este foarte relaxant. Odată ce clientul este în această stare de relaxare profundă, el este capabil să-şi amintească trecutul cu uşurinţă, claritate şi încredere. Se poate obţine, de asemenea, clarificarea şi înţelegerea unei probleme dintr-o perspectivă de nonadevăr şi judecată.

Hipnoza utilizează puterea inconştientului pentru a influenţa şi a obţine îndeplinirea obiectivelor dorite, a sentimentelor şi a comportamentelor. Cerinţele sunt doar dorinţa şi disponibilitatea pentru schimbare sau transformare.

Hipnoza rezolvă anumite probleme emoţionale sau de sănătate şi are o valoare deosebită pentru ca:
Este o terapie şi pentru minte şi pentru corp
Este neinvazivă – nu se introduce nimic în corpul dumneavoastră
Nu este un medicament – de aceea nu are efecte secundare
Este relativ ieftină – decât sa iei medicamente o perioadă lungă de timp, mai bine câteva şedinţe de hipnoză
Organizaţiile de menţinere a sănătăţii si-au dat seama că hipnoza ar trebui să fie primul tratament încercat şi nu ultimul
Hipnoza vă ajută să vă controlaţi comportamentul, să vă schimbaţi gândurile şi să vă folosiţi mintea pentru a vă controla corpul.

Printre beneficiile hipnozei se numără: eliberarea de limitări, îndeplinirea obiectivelor dorite, conştientizare crescută, schimbarea obiceiurilor negative, un somn mai bun, managementul durerii, creşterea încrederii în sine, îmbunătăţirea capacităţii de concentrare, creşterea motivaţiei, scăderea stresului şi anxietăţii, greutatea corporală sub control, renunţarea la fumat, claritate mentală, transformare personală, ameliorarea sănătăţii, dezvoltare spirituală, schimbarea gândirii negative, utilizarea întregului potenţial, a abilităţilor, intereselor şi cunoştinţelor în scopurile propuse.

Hipnoza este un instrument terapeutic foarte des utilizat.

Ce NU trebuie să

Elastografia (RTE) este o metodă relativ recentă de diagnosticare, noninvazivă, neiradiantă, având la bază diferențele dintre proprietățile mecanice ale țesuturilor, și este utilizată pentru a detecta sau clasifica formațiuni tumorale din diverse organe (sân, tiroidă, părți moi musculoscheletice, prostată, ficat). Folosește echipament ecografic de ultimă generație și analizează transmiterea și recepția ultrasunetelor reflectate de țesuturi, rezultând o imagine specifică: elastograma.

O formațiune tumorală suspectă (canceroasă) are o dezvoltare anormală și este de 5-28 de ori mai dură decât țesutul moale adiacent. Atunci când se aplică vibrații sau o compresiune mecanică, tumoarea se deformează mai puțin în comparație cu țesutul din jur.

Elastografia (RTE) a fost folosită la început pentru măsurarea gradului de rigiditate a ficatului in vivo (FibroScan, Echosens, Franța). Este considerată o alternativă a biopsiei hepatice.

Diferențele de elasticitate dintre diversele structuri normale și patologice contribuie la precizarea naturii benigne sau maligne a nodulilor tiroidieni.

Evaluarea simultană, în timp real, în mod 2D și elastografia în monocromie permit o evaluare calitativă și cantitativă (scor elastografic de la 1 la 4) a unei formațiuni tumorale, dând relații despre consistența formațiunii și gradul de infiltrare a țesuturilor adiacente, precum și obținerea de date suplimentare despre morfologia și consistența tumorii.

Scorul RTE a fost clasificat astfel: 1 = moale, 2 = predominant moale, 3 = predominant dur, 4 = nodul dur.

Experiența noastră practică de peste un an se corelează cu datele din literatură și aduce un real beneficiu în evaluarea formațiunilor nodulare tiroidiene. Elastografia tiroidiană a fost înțeleasă și utilizată de noi ca o completare la evaluarea

uităm despre cancerul de sân (II)

ecografică a tiroidei în mod 2D, Color Flow Doppler (CFD) și Power Doppler (PD).
Interpretarea datelor se realizează strict în context clinic și completează, dar nu modifică, algoritmul de diagnostic al formațiunilor tumorale tiroidiene.

Ultrasonografia cu contrast perfectată prin administrare de substanță de constrast SonoVue (CEUS)

Odată cu apariția substanțelor de contrast de generația a II-a (în ultimii 8 ani în Europa - Bracco 2001 și în ultimul an în România), progresele făcute în domeniul imagisticii medicale s-au concretizat în apariția unei noi metode ecografice – CEUS, care permite vizualizarea în timp real a macro și microcirculației diverselor structuri tisulare accesibile examinării ecografice.
SonoVue este o substanță de contrast de generația a II-a, suspensie de microbule de mici dimensiuni (2-7m), alcătuite dintr-o membrană fosfolipidică și un conținut gazos inert, cu greutate moleculară mare, dizolvate în ser fiziologic. Este capabilă să amplifice mult semnalele acustice reflectate, datorită multiplelor interfețe gaz-membrană. Peretele fosfolipidic le conferă o stabilitate înaltă, o solubilitate joasă și o rezistență crescută la presiunea acustică. Microbulele sunt capabile să treacă prin capilarele pulmonare și au o stabilitate bună în sânge.
Apariția acestor agenți de contrast a dus la depășirea limitelor ecografiei convenționale în modul B sau Doppler. Aparatele folosesc software de contrast dedicat aducând maximum de beneficiu ce poate fi obținut din caracteristicile fizice specifice ale microbulelor SonoVue.
Tehnica aduce informații de mare interes asupra componenței vasculare a unei formațiuni nodulare, în special asupra microvascularizației, prin creșterea ecogenității sângelui, rezultând un raport semnal/zgomot îmbunătățit în vasele mari și vasele mici. Viteza de încărcare cu contrast a unei formațiuni în „timpul arterial", modul în care se realizează aceasta (centripet/centrifug), aduc relații asupra dinamicii vascularizatiei capilare tumorale. Persistența în „faza venoasă" sau spălarea „wash out" rapidă contribuie semnificativ la diferențierea tumorilor tiroidiene maligne de cele benigne.
CEUS ne permit astfel studiul atât calitativ cât și cantitativ (curbele de spălare) al formațiunilor tumorale. În acest sens s-au elaborat diverse modele de cuantificare a comportamentului diferitelor formațiuni: model 1 = nu / perfuziei minime; 2 = perinodular; 3 = puțin intranodular; 4 = hiperperfuzie.
Administrarea substanței de contrast se poate repeta fără a fi însoțită de apariția efectelor adverse.

Indicațiile metodei de diagnosticare RTE

Patologie endocrinologică (mamară, tiroidiană, suprarenală, gonade) și ginecologică, patologie tumorală hepatică, infecțioasă hepatică, tumorală și inflamatoare pancreatică, splină, rinichi – formațiuni focale, procese ischemice, patologie vasculară abdominală, traumatologie, urgențe, aplicații cardiologice: opacifiere camerală, umplere tisulară, aplicații intracavitare: ureterocisto-/fistulo- /histerosalpingo- / colangio-sonografii, studii de cuantificare vasculară, altele: tub digestiv, plamân, creier – în situații speciale.
Interpretarea informațiilor obținute în urma ultrasonografiei prin sistemul ABVS asociată cu ultrasonografia cu contrast consolidată prin administrare de Sonovue (CEUS), cu tehnici elastografice (RTE), cu ecografie Doppler și a celei în mod 2D aduce beneficii substanțiale în diagnosticarea noninvazivă a patologiei nodular-mamare.

Dr. Adrian Comănici
Med. sp. endocrinolog
Colaborator la Clinic Mirmed Aslan
Tel: 021 311 00 23;
www.mirmed-aslan.ro

Displazia și luxația

Dr. Georgiana Tache
Med. pr. fizioterapie, recuperare medicală, Dr. şt. medicale
Medic coordonator
Centrul de Recuperare Medicală „Medical Care"
0723.626.289

Luxația congenitală de șold, afecțiune a copilăriei, este determinată de dezvoltarea anormală a articulației șoldului, o displazie în care capul femurului nu se fixează în siguranță la nivelul cavității acetabulare a osului iliac. Această cavitate este în acest caz superficială, asemănându-se cu o farfurie, în loc să fie ca o cupă adâncă, iar capului femurului alunecă în afara acetabulului, fapt numit dislocație.

Luxația congenitală de șold afectează unul sau ambele șolduri și apare la 1 din 1000 de nou-născuți, cauzele nefiind cunoscute. Sunt mulți factori de risc care pot provoca apariția modificărilor specifice luxației congenitale de șold, inclusiv istoric familial al bolii, dar și evidențierea poziției fătului în uter sau la naștere. Un nou-născut sau un copil mic cu această afecțiune poate prezenta următoarele simptome: mai multe pliuri decât normal la nivelul coapsei, mobilitate scăzută, un membru inferior mai scurt decât celălalt, alte deformări fizice mai ales la nivelul tălpii.

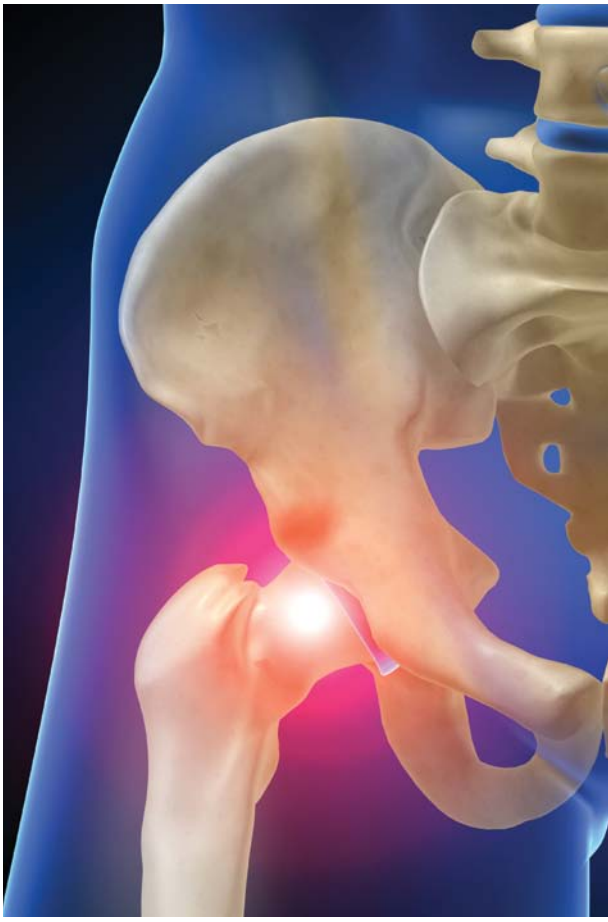
Defectul poate apărea în primele săptămâni de la naștere, dar poate fi ușor observat abia când copilul începe să facă primii pași:

- are o coapsă mai ridicată decât cealaltă, membrul inferior al părții afectate fiind mai scurt;
- merge pe vârfuri cu un picior, ridicând călcâiul din podea, pentru a compensa diferența de înălțime;
- merge șchiopătat sau legănat dacă afecțiunea este bilaterală;
- are hiperlordoză a coloanei lombare în ortostatism dacă sunt afectate ambele șolduri.

Conform specialiștilor în ortopedie pediatrică, copiii netratați de displazie congenitală de șold pot prezenta deformări permanente ale șoldurilor, ceea ce poate duce la degenerarea articulațiilor șoldului, o formă de debut al luxației de șold.

Displazia congenitală de șold este, de obicei, diagnosticată la examenul fizic, dar sunt utile însă anamneza și investigațiile paraclinice.

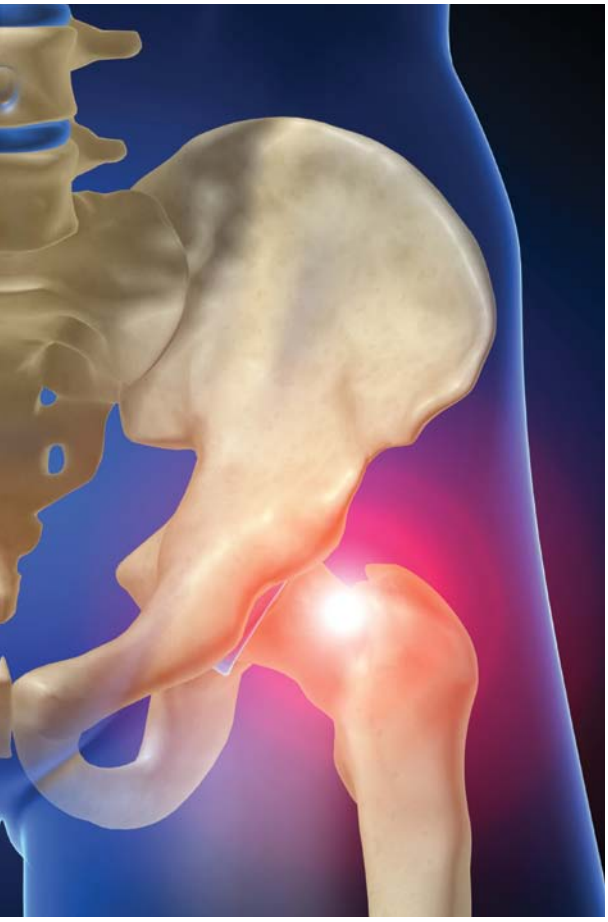
Toți nou-născuții sunt examinați pentru luxație



congenitală de șold

congenitală de șold încă de la naștere, mai ales cei care prezintă factori de risc - deformări la nivelul piciorului, genunchiului sau al membrului inferior.

Dintre testele imagistice folosite, ecografia șoldului oferă cele mai clare imagini de displazie de șold la sugarii mai mici de 5 luni, articulația încă fiind cartilaginoasă, și radiografia de șold, utilă la copii mai mari. Prin examenul computer tomograf se monitorizează tratamentul recomandat de medicul ortoped care a confirmat diagnosticul. Tratamentul constă în amplasarea femurului în poziția normală și păstrarea sa în articulație pe măsură ce copilul crește. De reținut: cavitatea articulară nu se va forma și nu se va maturiza normal dacă nu se va fixa capul femurului exact în articulația șoldului.



Tratamentul luxației congenitale de șold include hamul Pavlik (pentru copilul de până la 6 luni), care menține membrele inferioare într-o poziție cu șoldurile flectate și coapsele în abducție, adică fixate în lateral.

Specialiștii recomandă și mulaj spica, dintr-un plasture special sau fibră de sticlă, pentru a forma un înveliș dur peste talie, șolduri și membre inferioare. Mulajul poate prezenta o bară între picioare pentru a menține articulația șoldului în poziția dorită.

Tratamentul chirurgical constă în osteotomie, pentru a se corecta deformările femurului și ale cavității acetabulare, procedură ce repoziționează femurul în cavitate. La nevoie, se poate reface și forma cavității acetabulare prin intervenție chirurgicală. După tratamentul chirurgical va fi nevoie de folosirea unui mulaj spica pentru a poziționa articulația șoldului, până când aceasta se va vindeca complet.

Fiziokinetoterapia se recomandă copiilor pentru a-și relua mobilitatea și a-și putea dezvolta musculatura, după ce membrul a fost imobilizat într-un mulaj spica.
Copilul își va continua activitățile obișnuite, dar va avea și un program susținut de recuperare medicală și întreținere funcțională. Părinții vor interacționa normal cu copilul, ajustându-și programul în funcție de activitățile acestuia și îl vor implica în programul de gimnastică medicală.

Strategii practice pentru copiii cu obezitate

Conf. Univ. Dr. Cristina Maria Mihai
Facultatea de Medicină Constanța
Universitatea „Ovidius"
Vicepreşedinte „SWEETLAND"
Asociația copiilor şi tinerilor cu diabet zaharat din județul Constanța
www.sweetland.ro

Prevenția primară a obezitătii este un scop comun tuturor medicilor. De la început, atingerea echilibrului caloric cu creștere normală într-un mediu nutrițional adecvat, în prezența sau în lipsa activității, este scopul tratamentului

Identificarea tiparelor de creștere

Tiparele de creștere pot reprezenta indicatori de creștere pentru obezitate sau supraponderе. Masa ponderală la naștere depinde de masa maternă. Cu toate acestea, nou-născuții mari pentru vârsta gestațională cu antecedente maternale de diabet zaharat gestațional prezintă un risc crescut de a dezvolta obezitate şi necesită o atenție specială privind echilibrul nutrițional. Paradoxal, nou-născuții mici pentru vârsta gestatională sau după sarcini complicate de fumat sau de alți factori de risc pentru retardul de creștere prezintă, de asemenea, un risc pentru obezitate

Prezența în familie a obezității sau comorbidităților ei (hiperlipidemie, boala coronariană aterosclerotică, infarct miocardic, angină pectorală, boală vasculară periferică, boală cerebrală, moarte subită sau infarct la o vârstă mai mică de 55 ani) ar trebui să sugereze investigații paraclinice pentru evaluarea copilului
Copiii cu masa ponderală peste percentila 95 trebuie investigați și tratați pentru obezitate

Screening

Investigațiile paraclinice care includ:
• Profilul lipidic • Glicemie • Hemoglobina glicozilată • Nivelul insulinei • Teste hepatice • Alte investigații în funcție de antecedentele heredo - colaterale

Tratament medicamentos

Odată diagnosticat un copil cu obezitate, următorul pas este reechilibrarea balanței energetice
Scopurile inițiale ale terapiei pot varia în funcție de dimensiunea obezității, de comorbiditățile prezente și de vârsta copilului

Obiectivele terapeutice includ:
• Scăderea ratei de creștere ponderalã • Stabilizarea masei ponderale • Reducerea masei ponderale • Restabilirea parametrilor metabolici • Reducerea sau eliminarea comorbiditãtilor obezitãții • Schimbarea alimentației sau a comportamentului alimentar • Implementarea schimbării în familie • Îmbunătățirea activitității/ nutriției în familie

Stabilirea obiectivelor

trebuie realizatã de toatã familia. Obiectivele trebuie sã fie pe termen scurt - până la urmãtoarea vizitã la medic, mãsurabile – minute de joacã în aer liber, realizabile, orientate familial - întreaga familie sã participe la schimbarea comportamentului; aceastã strategie creeazã o înțelegere între copil și familie și este ușor de aplicat; stabilirea concomitentã a douã obiective este ușor de realizat; familia trebuie asiguratã constant de suportul medicului în recuperarea psihosomaticã a copilului cu obezitate)

Obezitatea - privire psihopatologicã

Tipologia caracteristicã obezității în opoziția anorexie-slãbire-hiperactivitate poate fi cuprinsã în polifagie-obezitate-masivitate. Copiii obezi sunt descrișii, în general, ca fiind apatici, tãcuți, timizi, dar totodatã capabili de reacții de prestanță, sub formã de manie subitã. Obezității i se asociazã deseori alte simptome, care dovedesc suferințã psihicã: enurezis, eșec școlar, cel mai adesea în obezitățile secundare. Atunci când eficiența intelectualã este normalã sau de nivel superior, inhibiția sau pasivitatea afectează succesul Cel mai frecvent, obezitatea nu se înscrie în tabloul unui sindrom net, deși se integrează uneori într-un tablou psihopatologic precis - psihoza
Obezitatea se întâlnește frecvent și în tablourile de debilitate mintalã: copilul cautã satisfacții imediate, nesimbolizate, funcția parenteralã este redusã mai mult la rolul alimentar decât la cel educativ, regãsindu-se existența unei carențe afective, asociatã unui tablou de debilitate sau pseudodebilitate

Copilul obez și familia sa

Determinismul familial și cultural al obezității este important. Obezitatea este frecventã la copiii din clasele defavorizate când acced la "societatea de consum". În aceste familii, obezitatea este învestitã cu simbolismul de "sãnãtate"
În constelația familialã a fost descris comportamentul alimentar excesiv al mamelor (Bruch) care rãspund la orice manifestare a nounãscutului, sugarului sau copilului printr-un aport alimentar: acest lucru ar perturba senzația de foame a copilului, orice tensiune ulterioarã declanșând nevoia de a înghiți ceva

Copilul obez și corpul sãu

Configurația corporalã a copilul obez este adesea alteratã, cu cât obezitatea s-a instalat mai devreme. Schematic, privind obezitatea sub forma identitãții sexuale, pentru fetițe reprezintã un mijloc activ de afirmare virilã a corpului sau negându-i castrarea, în vreme ce, la bãiat, obezitatea care îneacã sexul în grãsime prepubianã, apare ca o protecție pasivã împotriva angoaselor de castrare, mascând însãși existența sexului

Viața fantasmaticã a copilului obez

Dedesubtul stãrii de omnipotențã, forțã și vigoare se ascunde o trãire depresivã, mai mult sau mai puțin severã, împotriva cãreia cautã sã se protejeze: vidul, lipsa, absența sunt resimțite cu acuitate. Se mobilizeazã rapid viața imaginarã legatã de oralitate, subîntinsã de intense angoase de devorare, lumea exterioarã fiind resimțitã ca primejdioasã. În fața acestui pericol, regresia narcisicã dovedita frecvent prin recursul la teme marine și oceanice în cadrul testelor, constituie un al doilea versant, obezitatea servind drept afirmare de sine și luând locul, în maniera concretã, al unei imagini de sine ideale. Astfel obezitatea ar avea constant dublu rol: protector împotriva lumii înconjurãtoare și garant al integritãții și valorii de sine, importanța relativã a unuia sau altuia dintre roluri explicând varietatea tablourilor clinice

Alimentația ca factor de protecție a sănătății lucrătorilor

Dr. Mihaela Stoia
HDSP Sibiu
ULB Sibiu
medmuncii@dspsibiu.ro

Cadrul legislativ

Pentru lucrătorii expuși la noxele profesionale de la locul de muncă, există un cadru legislativ prin care rația alimentară zilnică este suplimentată printr-o alimentație de protecție care trebuie acordată de către angajator, în mod obligatoriu și gratuit: Legea 319/2006 și Normele de aplicare a acesteia, precum și Contractul de muncă individual sau colectiv. Medicul de medicina muncii este cel care recomandă acordarea alimentației de protecție, pe baza cunoașterii factorilor de risc profesionali de la locul de muncă și a efectelor acestora asupra sănătății lucrătorilor (în special pentru locuri de muncă cu condiții grele și vătămătoare).

Nutrienții şi alimentația recomandată în expunerea la toxice industriale

Rolul nutriției în prevenirea efectelor adverse ale poluanților din mediu este foarte larg, dar principalii nutrienți care reduc toxicitatea sunt reprezentați de bioelemente (calciu, magneziu, zinc, fier, seleniu, cupru), vitamine (C, E, B1, B6) și proteine de calitate. Acești factori nutriționali vor suplimenta rația alimentară zilnică din alimentația de protecție. Bioelementele acționează prin modificarea biocineticii toxicului, atât la situs-urile de absorbție cât și la cele enzimatice, în timp ce vitaminele modifică raportul oxidant/antioxidant care este perturbat ca urmare a expunerii la poluanți industriali. Proteinele au rol în asigurarea troficității țesuturilor și în furnizarea echipamentului enzimatic necesar biotransformării substanțelor chimice toxice. Aminoacizii cu sulf (metionină, cisteină) acționează prin conjugarea hepatică și eliminarea substanțelor toxice pătrunse în organism.

Studiile pe animale au arătat că dietele dezechilibrate bogate în grăsimi determină o creştere a absorbției metalelor grele în organism.

Alimente precum ouăle și semințele, care sunt bogate în aminoacizi cu sulf sunt importante pentru legarea și eliminarea unor xenobiotice din organism. În expunerea industrială la substanțe chimice se impune o dietă bogată în fructe și legume organice proaspete, precum și în cereale integrale, care vor aduce un aport adecvat de elemente minerale esențiale. Trebuie evitate alimentele rafinate. Algina, pectina și alte fibre naturale alimentare ajută la legarea unor metale din tractul gastrointestinal, reducând astfel absorbția acestuia. Deoarece majoritatea agenților chimici acționează în organism prin mecanismul stresului oxidativ, cu generare de specii înalt reactive ale oxigenului (un proces care are loc permanent în formele aerobe de viață), este important aportul alimentar de antioxidanți naturali care se găsesc în vegetale. Efectele benefice ale antioxidanților au fost demonstrate prin numeroase studii actuale, în legătură cu prevenirea bolilor metabolice, neurodegenerative și a cancerului, fiind justificată pledoaria pentru un stil de viață sănătos în politicile privind sănătatea publică.

Criterii de acordare a alimentației de protecție:

- În expunerea la metale toxice (plumb, mercur, crom, cadmiu, nichel) și pulberi agresive: lapte sau produse lactate acide tip iaurt sau brânză; carne slabă (friptură); fructe bogate în vitamina C (citrice, mere); legume bogate în vitamina C (ardei gras, salată verde, tomate, etc…).
- În expunerea la solvenți organici hepatotoxici,

precum lapte semidegresat, produse lactate acide, brânzeturi din lapte de vacă degresat sau semidegresat; carne slabă; pește slab prăjit.
- În expunerea la gaze iritante pulmonare: lapte și produse lactate acide, brânzeturi din lapte integral, unt; fructe și legume bogate în vitamina C și caroten (citrice, morcovi, salată verde, ardei gras, tomate, etc…; pâine neagră.
- În expunerea la microclimat cald nefavorabil: sucuri și nectaruri naturale din fructe și legume; apă minerală naturală.

Serviciile de medicina muncii au atribuția de a promova sănătatea lucrătorilor prin diferite mijloace, cele mai accesibile fiind la nivel educațional (informare, comunicare, recomandare către angajatori). Promovarea sănătății la locul de muncă prin dezvoltarea unor comportamente sanogene și-a demonstrat deja eficacitatea în țările dezvoltate și este practicată atât la nivel individual, cât și la nivel organizațional.

În stabilirea deciziilor de management al riscului trebuie să se țină seama de înțelegerea fundamentală că toxicitatea unor noxe profesionale este rezultatul expunerii şi nu al unei deficiențe nutriționale.

Dacă prevenția primară constă în eliminarea hazardului, starea de nutriție ca prevenție secundară poate modifica semnificativ transferul toxicului din mediu spre țesuturile țintă din organism. Intervenția nutriției ca strategie secundară de prevenire a toxicității unor factori de risc profesionali, în cadrul programelor de sănătate publică sau recomandărilor individuale ale medicilor de medicina muncii, se manifestă la următoarele niveluri:

- Alegerea individuală a unei diete care să reducă riscul de toxicitate
- Programe de intervenție ale instituțiilor naționale sau locale de sănătate publică care furnizează suplimente alimentare și nutrienți populației cu risc crescut de expunere la toxice profesionale
- Depistarea, prin selecția proprietăților dozărăspuns, a persoanelor cu deficiențe nutriționale ca subpopulații cu vulnerabilitate crescută
- Utilizarea potențială a nutrienților într-o abordare farmaceutică ca tratament al pacientului.

Perspective

Intervențiile asupra factorilor care aparțin stilului de viață sunt cele mai controlabile, aplicabile din punct de vedere practic și fezabile din punct de vedere economic. Este de așteptat ca aceste intervenții să aducă schimbări pozitive, pe termen scurt, în ceea ce privește cunoștințele, obiceiurile, comportamentele și rata absenteismului de cauză medicală. Pe termen lung se vizează scăderea incidenței bolilor cronice. Un aspect foarte important în prevenție îl constituie adaptarea ghidurilor genera1le de nutriție (alimentație de protecție, alimentație funcțională) în dezvoltarea unor diete care să reflecte obiceiurile alimentare ale unui grup social, economic și etnic. Înțelegerea bazei fiziologice a intervenției nutriționale, a expunerii la diferite xenobiotice și a efectelor adverse asupra sănătății trebuie combinată cu înțelegerea obiceiurilor alimentare și a tipurilor de alimentație. Acest deziderat poate fi realizat prin studii epidemiologice randomizate, de cohortă, care să reunească eforturile unor specialiști din mai multe domenii, într-o abordare holistică.

Stresul și oboseala

Stresul și oboseala profesională, numite și bolile secolului, sunt cele mai grave disfuncționalități care apar în munca de birou. Din această cauză, a apărut necesitatea organizării ergonomice a muncii în birouri.

Oamenii, ca indivizi izolați, au rareori posibilitatea de a influența evenimentele stresante externe. Tot ce pot face este să-și însușească niște strategii adaptative care să-i facă mai rezistenți la agresiunile psihice și mai eficienți în activitatea profesională.

Oboseala reprezintă o reacție de readaptare a organismului, de refacere a funcțiilor sale. Ea reprezintă un fenomen fiziologic normal care apare în urma solicitărilor prezente în activitatea umană.

În general, oboseala este un fenomen reversibil, deoarece, dacă este urmată de o perioadă de odihnă sau de somn, organismul își reface plenitudinea funcțiilor. Ea nu este o boală, dar poate avea consecințe temporare asupra organismului, precum slăbirea atenției față de munca îndeplinită și față de mediu.

Specialiștii clasifică oboseala în următoarele grupe:

- Oboseala musculară (dinamică și statică), determinată de efortul muscular și de contractarea musculară fixă;
- Oboseala neurosenzorială, cauzată de tensiunea nervoasă a simțurilor (ochi, urechi);
- Oboseala psihică, determinată de factori de natură psihică.

Oboseala poate fi provocată de o mulțime de cauze, dintre care cel mai des întâlnite sunt:

- intensitatea și durata muncii fizice și intelectuale;

profesională

- factorii de mediu (temperatura, lumina, zgomotul);
- factorii de natură psihică (responsabilități, griji, conflicte);
- monotonia sau rutina muncii;
- boli și dureri.

Formele de manifestare a oboselii la om sunt multiple:

- scăderea atenției;
- încetinirea și inhibarea percepției;
- inhibarea capacității de gândire;
- scăderea randamentului activității fizice și intelectuale.

În birouri, oboseala profesională este o stare produsă de stres și afectează mai ales persoanele care lucrează cu publicul. Cei mai mulți cred că munca în birouri și secretariate este lipsită de stres sau cu stres redus, însă lucrurile nu stau deloc așa. Tensiunile psihice și stresul contactelor interumane determină oboseală sau chiar epuizare. Cercetările efectuate asupra lucrătorilor din birouri arată că peste 50% dintre aceștia sunt afectați de un sindrom de epuizare emoțională. Cauzele ar consta în lipsa de spațiu și de intimitate a locului de muncă, precum și în dificultatea sarcinilor de serviciu.

În general, persoanele care manifestă simptome de oboseală fizică și psihică au o atitudine negativistă în relațiile cu ceilalți și resimt o diminuare a respectului de sine.

În afara programului normal de lucru, remedierea și prevenirea oboselii se poate realiza prin reglementarea duratei zilei de lucru, a duratei săptămânii de lucru și a concediilor de odihnă.

În munca de birou remediile pentru epuizarea și pentru oboseala profesională se pot asigura la două niveluri. La nivelul vieții personale, angajații trebuie să-și structureze activitățile astfel încât acestea să le dea un sentiment de confort și de siguranță. Salariații trebuie să aibă o viață activă în afara serviciului și mediului acestuia.

Al doilea nivel se referă la responsabilitățile manageriale, care trebuie să vizeze ajutorarea salariaților afectați de oboseală profesională, prin recunoașterea simptomelor acestui fenomen și prin instruirea personalului în vederea depistării lor, prin organizarea de întruniri ce pot fi folosite pentru întrajutorarea membrilor personalului și prin promovarea spiritului de echipă.

Este foarte important să se prevină starea de oboseală profesională, pentru că aceasta nu afectează un singur membru al personalului, ci este transmisă și celorlalți. În acest sens, Beth Belevins arăta: „Când un angajat se plânge de condițiile de lucru și/sau se îndoiește de utilitatea, de rostul sau de satisfacția muncii sale, această atitudine va avea cu siguranță influență și asupra colegilor săi”.

Pentru serviciile de relații cu publicul, în situația în care schema de personal permite, managerii pot să restructureze anumite posturi sau să refacă programul de lucru astfel încât contactul dintre lucrători și solicitanți să nu fie prea mare. De asemenea, poate fi utilă și organizarea de seminarii privind managementul stresului sau timpului.

Pentru a nu permite răspândirea acestor simptome, managerii trebuie să le recunoască și să le prevină ori de câte ori este posibil. De asemenea, managerul are un rol esențial în găsirea unor corelații și alternative optime între durata perioadelor de muncă, durata pauzelor pentru odihnă, numărul, conținutul și momentul introducerii acestor pauze, astfel încât să se asigure o eficiență sporită, un nivel optim al capacității de muncă și o bună stare a sănătății.

Sursa: http://medicina-muncii.info
Cris Med Family S.R.L.

Toxicologia profesională
câteva repere istorice

Dr. Doina Ileana Giurgiu
medic specialist medicina muncii
Doctorand al Universității „Lucian Blaga" din Sibiu

Organizația Internațională a Muncii (ILO) a apreciat, în anul 2008, că numărul deceselor din întreaga lume cauzate de expunerea profesională la substanțe periculoase ar fi în jurul a 650.000.

Pornind de la originea cuvântului „toxic" = otrava și de la maxima lui Paracelsus (1493 – 1541): „Toate lucrurile sunt otravă și nimic nu este fără otravă", se poate conchide că studiul toxicelor este o întreprindere laborioasă, care avansează odată cu evoluția umană.

Principala sursă de contact dintre o substanță chimică și om este mediul de muncă. Putem considera că prima intoxicație profesională letală este cea a părintelui medicinii chineze, Shen Nung, care a alcătuit prima farmacopee (2696 î.C.) prin testarea directă a sute de ierburi (legendele populare îl înfățișează având corpul transparent și putând astfel observa efectele ierburilor), practică ce, conform mitologiei, i-a fost fatală.

În 1556, Georgius Agricola, în lucrarea sa „De Re Metallica" – „Asupra Naturii Metalelor (Mineralelor)", menționează un anume efect coroziv al prafului din mine, care „mănâncă" plămânii: „de aceea, în minele din Munții Carpați s-au găsit femei care au avut șapte soți, căci această teribilă ftizie i-a dus pe toți la o moarte prematură".
Medicul britanic Percival Pott (1714-1788) a fost primul care a făcut legătura între expunerea profesională a coșarilor la gudronul de cărbune și cancerul scrotal. Și, desigur, e de notat contribuția masivă, cu un secol înaintea lui Pott, a lui Bernardino Ramazzini, care a descris colica saturnină a minerilor, zugravilor sau pictorilor și care a sugerat introducerea în setul de întrebări adresate pacientului, recomandate de Hipocrate, a uneia complet revoluționare: „Care este ocupația dumneavoastră?".

Secolul XIX a adus cu sine revoluția chimică, peste 10.000 de substanțe organice fiind sintetizate până în 1880, dar și dezvoltarea autopsiei și a chimiei analitice, care au îmbunătățit înțelegerea mecanismelor de acțiune a toxicelor. Legiferarea protecției lucrătorilor față de efectele toxice ale substanțelor chimice din mediul de muncă a fost însă apanajul secolului XX, care a cunoscut totodată și cele mai mari dezastre: cel de la Bhopal, India (1984), cauzat de eliberarea accidentală a 40 de tone de izocianat de metil gazos de la o fabrică de pesticide și care a condus la decesul a 15.000 de locuitori.

Un raport din anul 2000 al NIOSH subliniază dificultatea unei evaluări exacte a impactului asupra sănătății a toxicelor profesionale. Dacă, pe de o parte, nu se dețin date complete asupra compușilor chimici industriali utilizați sau rezultați din procesele tehnologice, pe de altă parte mai sunt multe de făcut și în domeniul evaluării riscului, care este departe de a fi perfect. Același raport pentru anul 2008 al ILO a atras atenția și asupra unui nou pericol, cu impact insuficient evaluat și înțeles: nanotehnologia, materialele de nivel nano având proprietăți aparte și efecte puțin documentate asupra organismului uman.
Fiecare etapă istorică a omenirii a îmbogățit și continuă să sporească baza de studiu a toxicologiei profesionale și implicit a medicinii muncii, aducând noi elemente în povestea interacțiunii dintre om și mediu și, în viitor, puncte de reper pentru sănătatea ocupațională.

Eveniment organizat sub egida Academiei Române

Congresul Național
Bolile Cronice Netransmisibile

Prevenție - Tratament - Monitorizare

Primul congres din România pe tema celei mai dezbătute probleme mondiale de sănătate a secolului XXI!

24 - 25 februarie 2012, București

Cele mai noi metode de diagnostic, tratament, prevenție și monitorizare ale celor mai frecvente boli cronice netransmisibile:

bolile cardiovasculare și cerebrovasculare

diabetul și obezitatea

Evenimentul va fi creditat cu puncte EMC

bolile cronice pulmonare

cancerul

www.bolicronice-netransmisibile.ro

Copreședinți congres:
prof.univ.dr. Nicolae Hâncu, Membru de onoare al Academiei Române
Acad. Maya Simionescu, Vicepreședinte Academia Română (1998 - 2008)

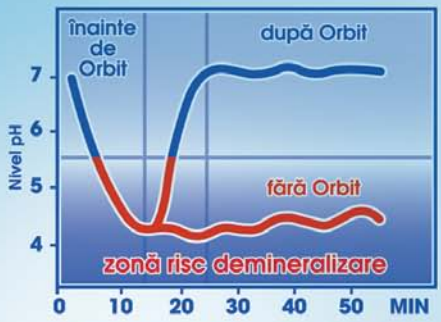
Vicepreședinți congres:
Prof.univ.dr. Dan Gaiță, Președinte Fundația Română a Inimii
Prof.univ.dr. Maria Moța, Președinte Ales Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice
Conf.univ.dr. Ioan Andrei Vereșiu, Președinte Federația Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice
Conf.univ.dr. Gabriela Roman, Președinte Asociația Română de Studiu al Obezității
Prof.univ.dr. Florin Mihăițan, Președinte Societatea Română de Pneumologie
Conf.univ.dr. Alexandru Irimie, Manager Institutul Oncologic „I. Chiricuță"

Parteneri științifici:

Management conferință:
Sănătatea PRESS GROUP

Igiena orală și beneficiile gumei de mestecat

După fiecare masă sau băutură, bacteriile din gură transformă zaharurile și carbohidrații în acizi. Energia care provine din zaharuri hrănește și înmulțește bacteriile, ducând la apariția plăcii dentare. pH-ul scade iar pericolul apariției cariilor și gingivitei crește.



*Guma de mestecat Orbit fără zahăr ajută la neutralizarea acizilor plăcii bacteriene.

Studiile de specialitate demonstrează că un simplu gest ca mestecarea unei gume fără zahăr precum Orbit după consumul de alimente sau băuturi, ajută la oprirea atacului acizilor asupra dinților prin stimularea salivei și aportul de ingrediente active.

Atunci când pasta și periuța de dinți nu sunt la îndemână, consumul de gumă de mestecat Orbit poate însemna mult pentru sănătatea dinților pacienților tăi.

WRIGLEY'S Orbit. Pentru dinți sănătoși*