

149

FIN
WATCH

săptămâna MEDICALĂ

Ecografia cu substanță de contrast - CEUS (diagnostic în timp real fără iradiere)



GRAL
MEDICAL

Ecografia cu substanță de contrast se poate efectua în capitală la **Clinica Gral Colentina**, renumită prin excelența serviciilor de alergologie, dermatologie și endocrinologie.
Informații: 021-317.83.95 sau 0730-025.818

Detalii complete la pag: 18

DIN SUMAR

Varicele	10
Antioxidanții și durata vieții	28
Cauzele psihologice ale apetitului în exces	33

Retinopatia pigmentară



Operația fără durere



Discopatia vertebrală lombară





București,
21 -24 Martie,
2012

CONFERINȚA NAȚIONALĂ de PEDIATRIE

GHIDURI ȘI PROTOCOALE ÎN PEDIATRIE

PROTOCOALE ÎN PEDIATRIE

prezentate la Conferința Națională de Pediatrie

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ALERGIA DIGESTIVĂ | 12. FIBROZA CHISTICĂ | 24. PLEUREZIA |
| 2. ALIMENTAȚIA ARTIFICIALĂ | 13. HEPATITA AUTOIMUNĂ | 25. PNEUMONIA |
| 3. ALIMENTAȚIA LA SÂN | 14. HEPATITE CRONICE POSTVIRALE | 26. RAHITISMUL |
| 4. ANEMIA | 15. HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ | 27. REFLUXUL GASTRO-ESOFAGIAN |
| 5. APENDICITA | 16. HIPERTERMIA | 28. REFLUXUL VEZICU-URETERAL PRIMAR |
| 6. BOALA CELIACĂ | 17. IMUNODEFICIENȚE | 29. RINOFARINGITA |
| 7. BOLI ÎNNĂSCUTE DE METABOLISM | 18. INFECȚIA DE TRACT URINAR | 30. STAFILOCOCIA PLEURO-PULMONARĂ |
| 8. CONSTIPAȚIA | 19. INSUFICIENȚA CARDIACĂ | 31. STOMATITA |
| 9. CONVULSII FEBRILE | 20. LARINGITA | 32. ȘOCUL ANAFILACTIC |
| 10. DIVERSIFICAREA ALIMENTAȚIEI | 21. MALFORMAȚII CARDIACE | 33. VACCINĂRI |
| 11. FEBRA IZOLATĂ | 22. MALNUTRIȚIA | |
| | 23. OBEZITATEA | |

CONSILIUL ȘTIINȚIFIC

Prof. Dr. Eugen Pascal CIOFU (Președinte)
Prof. Dr. Mircea NANULESCU (Președinte)
Prof. Dr. Marin BURLEA (Președinte SRP)

Prof. Dr. Constantin ARION
Conf. Dr. Mihaela BĂLGRADEAN
Prof. Dr. Marius BEMBEA
Prof. Dr. Mircea BUTA
Conf. Dr. Gheorghe CHIRIAC-BABE
Conf. Dr. Dana CRAIU
Prof. Dr. Iuliana DOBRESCU
Conf. Dr. Monica DRAGOMIR
Prof. Dr. Ioan GHERGHINA
Prof. Dr. Stela GOȚIA
Prof. Dr. Paula GRIGORESCU-SIDO
Conf. Dr. Nicolae IAGĂRU
Conf. Dr. Otilia MĂRGINEAN
Prof. Dr. Ioana MICLE
Prof. Dr. Dan MORARU
Prof. Dr. Evelina MORARU
Prof. Dr. Mihai NEAMȚU
Prof. Dr. Aurel NECHITA
Prof. Dr. Dumitru ORĂȘEANU
Prof. Dr. Doina PLEȘCA
Prof. Dr. Ioan POPA
Conf. Dr. Liviu POP
Prof. Dr. Ioan SABĂU
Prof. Dr. Margit ȘERBAN

Important:

Pentru înscrierile până la data de 1 martie 2012 beneficiați de taxa redusă cu **până la 40 %**.



Înscrieri și informații:
www.cnped2012.ro

24
credite
EMC*

*creditate obținută la ediția precedentă



Să nu răcim de ziua femeii!

În România, aproximativ 300 de persoane fără adăpost mor an de an în sezonul rece din cauza hipotermiei sau a infecțiilor respiratorii acute, pe fondul temperaturilor joase. Cu o medie zilnică pe țară de 3 decese în intervalul decembrie-februarie și de până la 6 morți prin degerare în nopțile foarte geroase, această iarnă s-a încadrat totuși în statistica generală a altor ani. Probabil iarna cea mai grea din ultimii 50 de ani, pe care tocmai am străbătut-o, ar fi făcut mai multe victime dacă serviciile de ambulanță și echipajele SMURD nu ar fi cules din stradă sau din locuințe neîncălzite, la nivel național zilnic zeci și chiar sute de oameni pe care i-au transportat în spitale sau locuri special amenajate. Orice viață salvată este importantă. Isteria creată în massmedia în zilele de ninsori abundente, cu persoane rămase izolate în câmp sau în propriile locuințe acoperite de nămeți poate că a avut și părți bune. Proporțiile dezastrului au fost limitate. Mobilizarea generală produsă de imaginile televizate din locurile cele mai greu încercate au scos din "hibernare" chiar și responsabili cu eliberarea căilor publice de acces și circulație.

În final, această iarnă grea nu a schimbat cu nimic lucrurile, în sensul că sacrificiul de viați omenști nu a fost mai mare dar nici mai mic. La fel cum, oprirea campaniei de vaccinare antigripală nu a schimbat nimic în ceea ce privește incidența cazurilor de gripă la nivel național. Din fericire, absența vaccinului nu a avut ca urmare înmulțirea cazurilor de gripă față de alți ani și nici nu s-a înregistrat vreo epidemie, cel puțin până acum, când ieșim din iarnă.

Părăsim sezonul hibernal doar din punct de vedere calendaristic dar atenție, nu și sub aspect meteorologic. Iarna nu și-a spus ultimul cuvânt așa că vă recomandăm să vă păstrați îmbrăcămintea groasă și capul acoperit. Ar fi păcat să răcim tocmai acum, la început de primăvară, de sărbătorile mărțișorului, de ziua femeii, în zilele de moși și babe, de Ziua Sfinților 40 de Mucenici din Sevasta sau ziua Bărbaiilor!

Călin Mărcușanu



Boala Alzheimer.....	
Sistemul nervos cedează ultimul	4
„Sunt pentru coexistența tratamentelor alopate cu cele naturiste”	6
Torticolisul ocular.....	8
Retinopatia pigmentară.....	9
Varicele.....	10
Operația fără durere.....	12
Ginecomastia	14
Proteza micilor articulații	16
Ecografia cu substanță de contrast.....	18
Norme de conduită terapeutică în cancerul de sân.....	20
Tratamentul artrozei.....	21
Plasticitatea cerebrală și kinetoterapia.....	22
Discopatia vertebrală lombară	24
Recuperarea după proteza totală de șold	26
Scapi de răceală. Natural!.....	27
Antioxidanții și durata vieții	28
Alimente benefice pentru ochi.....	30
Probleme care pot afecta sănătatea auzului femeilor.....	32
Cauzele psihologice ale apetitului în exces	33
Poșta redacției.....	34

EDITOR



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

Boala Alzheimer.

Sistemul nervos cedează ultimul



Interviu realizat cu
D-na Conf. Dr. Cătălina Tudose
Președintele Societății Române
de Alzheimer (I)

Există o corelație între creșterea speranței de viață și boala Alzheimer? La același număr de octogenari sunt acum mai mulți suferinzi de Alzheimer decât cu 20 de ani în urmă?

Boala Alzheimer este cea mai frecventă formă de demență întâlnită la persoanele în vârstă, de obicei peste 65 de ani, și reprezintă peste 60 % din totalitatea cazurilor de demență. Vârsta medie de apariție a bolii crește odată cu longevitatea, mai mulți bătrâni înseamnă mai mulți bolnavi dar este greu de spus dacă la același număr de octogenari sunt mai mulți suferinzi acum decât cu 20 de ani în urmă, pentru că nu există studii epidemiologice care să permită această comparație. Vom vedea acest lucru în viitor... , ceea ce știm deja este că la 60, 55 și chiar la 50 de ani sunt acum mult mai multe persoane cu demență Alzheimer decât în urmă cu 20 de ani. Suntem în situația de a vorbi destul de des, din nefericire, despre demență Alzheimer la oameni tineri, persoane care se află în plină ascensiune profesională și socială, iar în plan familial au încă responsabilități legate de copii. Diagnosticul se pune de obicei cu mare întârziere în aceste situații tocmai datorită faptului că și pentru medici este neobișnuit să se orienteze la o asemenea vârstă spre această posibilitate diagnostică.

Pe de altă parte studiile de neuropatologie au demonstrat că aproximativ 30% dintre pacienții foarte în vârstă (peste 85 de ani) care decedau din diverse cauze, prezentau leziuni anatomo-patologice specifice demenței Alzheimer fără să fi avut manifestările clinice ale acesteia, adică, până la momentul decesului, fuseseră aparent sănătoși din punct de vedere cognitiv. Cercetările actuale demonstrează că în aproximativ 10 ani, dacă ar fi trăit, aceste

persoane ar fi prezentat o simptomatologie demențială clinic manifestă.

De altfel, nu doar specialiștii se întreabă cum se explică faptul că există atât de multe persoane (30%) cu vârstă înaintată, peste 85 de ani, care funcționează normal, nu au simptome de demență deși creierul lor prezintă aceleași modificări patologice ca și la persoanele cu demență avansată. Ce îi protejează pe acești indivizi ? Sunt mai vulnerabile generațiile actuale și de ce? De ce boala apare acum mult mai devreme decât cu 50 -70 de ani în urmă? Se pune deci problema rezilienței față de boală și de aici rezultă încă multe alte întrebări incitante pentru care se caută cu febrilitate răspunsuri.

Cum ar putea individul să lupte cu boala Alzheimer, cum am putea influența evoluția astfel încât să nu se manifesta demența? Ar putea fi ea întârziată, cel puțin o perioadă suficient de lungă încât să poți câștiga încă 10-20 de ani de viață sănătoasă?

Se discută deja despre factori protectivi cum ar fi rezerva cognitivă și rezerva cerebrală care ar pu-

Un studiu estimează:

- la persoanele în vârstă de 65 de ani frecvența bolii Alzheimer este de cca. 2-3%, la vârsta de 70 de ani 3%, la 75 de ani 6%, iar peste 85 de ani 25-40%.
Dintr-un studiu recent din Franța reiese că 17,8% din persoanele peste 75 de ani au boala Alzheimer sau o formă înrudită de demență.

tea explica reziliența crescută a unor persoane. „Rezerva cerebrală” se referă la capacitatea creierului de a rezista la agresiunea patologică, probabil datorită unei densități sinaptice mai mari sau unui număr mult mai mare de neuroni sănătoși, astfel încât rămâne suficient substrat neural pentru a susține o funcționare normală; ”rezerva cognitivă” în schimb ar reprezenta capacitatea de a antrena rețele cerebrale alternative sau strategii cognitive care să facă față efectelor distrugătoare ale patologiei.

Pe de altă parte probabil că acum există mult mai mulți factori de risc, generați atât de mediul în care trăim, cât și de stilul de viață modern; aceștia ar putea explica scăderea alarmantă a vârstei de debut a bolii. Încă nu știm care va fi impactul acestor factori de risc asupra prevalenței bolii în viitor, pentru că deocamdată persoanele pe care le tratăm și pe care le evaluăm sunt oameni care s-au născut în prima jumătate a secolului trecut, oameni care au trăit în alt tip de societate cu alte solicitări, alte tradiții și obiceiuri de viață.

În general datele epidemiologice sunt similare în toate țările Europene, frecvența bolii la 65 de ani este într-adevăr de 2-3% valorile dublându-se însă din 5 în 5 ani. Astfel încât după 85 de ani aproximativ 30-40% dintre persoane au o tulburare de tip neurodegenerativ. Există unele variații ale datelor în funcție de acuratețea cu care sunt efectuate studiile epidemiologice.

Boala Alzheimer nu este eminentamente o boală a bătrâneții dar vârsta reprezintă cel mai important factor de risc pentru multe boli neurodegenerative. Pe de altă parte se înregistrează o tendință de coborâre a vârstei de debut spre 55 și chiar sub 50 de ani.

S-ar putea aprecia că la om facultățile mentale cedează mai devreme decât celelalte funcții biologice? Suntem azi, către bătrânețe, mai uzați psihic decât fizic, după o viață în care intelectul a fost mult mai întrebuințat decât era în medie acum câteva decenii?

Nu, din contră, sistemul nervos central este cel care coordonează activitatea tuturor celorlalte sisteme și aparate și el cedează ultimul. Ființa umană reprezintă o unitate bio-psiho-socială,



Foto: Shutterstock

în care cele trei dimensiuni se întrepătrund și fiecare din ele poate afecta și poate fi afectată de oricare dintre celelalte.

Nu cred că suntem astăzi mai uzați psihic decât fizic atunci când îmbătrânim și că acest lucru s-ar datora suprasolicitării intelectuale. Dimpotrivă, activitatea intelectuală este un factor protectiv împotriva neurodegenerării cerebrale. Dar, asupra creierului au o influență importantă, încă din tinerețe, o serie de factori care s-au demonstrat a fi factori de risc pentru demență și pot afirma că populația românească este în mod special expusă. Aș enumera aici nivelul crescut al stresului, stările depresive prelungite, un stil de viață nesănătos cu activitate fizică redusă, cu alimentație hipercalorică bogată în grăsimi și carbohidrați, cu multe noxe care provin din mediul în care trăim (poluare), cu comportamentele adictive atât de frecvente (obezitate, fumat excesiv, consum de alcool, medicamente și droguri), program dezordonat de viață. Acești factori de natură biologică, socială, psihologică influențează funcționalitatea psihică și provoacă, evident, uzura mai accentuată a funcționării psihice.

„Sunt pentru coexistență alopate

În dialog cu

Prof. Dr. Farm. Dumitru Lupuliasa
Președintele Colegiului
Farmaciștilor din România

Continuare din numărul anterior

Matei Mărcușanu (M.M.): Medicamente alopate vs. tratamente naturiste. În contradicție sau în strânsă legătură pentru vindecare/ameliorare? Considerați că un tratament naturist aplicat într-o afecțiune cronică poate concura medicina alopată?

Dumitru Lupuliasa (D.L.):

Tratamentele naturiste adevărate sunt utile și complementare tratamentelor alopate. Din păcate, din dorința de a eluda uneori legea, există formulări care sunt de fapt medicamente, dar sunt înregistrate ca suplimente nutritive, mergând până la limita constituenților respectivi. Astfel, nu tot ce este înregistrat ca tratament naturist este cu adevărat naturist. Există exagerări în legătură cu virtuțile unor remedii naturiste. Putem citi că anumite extracte de plante fac minuni și nu au niciun efect secundar, ceea ce nu este corect. Este necesară o recenzie și o curățare în rândul acestor tratamente naturiste și păstrarea celor care au proprietăți reale. În momentul de față autorizarea medicamentelor naturiste este mult simplificată, nemaifiind obligatoriu ca ele să treacă prin toate stadiile de aprobare ale ANM, motiv pentru care au și „înflorit” atât de mult. Sunt pentru coexistența medicamentelor alopate cu cele naturiste, dar cu limite și rigori respectate așa cum trebuie.



(M.M.): Interacțiuni medicamentoase de care trebuie să ne ferim. Există o limită până unde farmacistul poate merge cu recomandările? Ceea ce este dincolo de limită, poate fi considerat abuz?

(D.L.): Este un subiect interesant și sensibil în egală măsură. Nu există niște limite impuse până la care farmacistul poate să recomande. Evident, recomandările sunt legate în primul rând de medicamentele OTC. Dacă vorbim despre medicamentele etice, desigur, trebuie respectată prescripția pe care medicul a elaborat-o, cu o analiză corectă a acestei prescripții. Interacțiunile medicamentoase sunt extrem de laborioase. Dacă un pacient cronic are de administrat de la 2-3, iar în cazurile cele mai grave până 8 medicamente pe zi, trebuie să fim extrem de atenți, pentru că asocierile făcute cu bună intenție ar putea cauza probleme în organism. Trebuie să știm pe ce cale se metabolizează fiecare medicament. Sunt medicamente care inhibă anumite izoenzime din citocromul P450 prin care se metabolizează alte medicamente și se poate să crească sau să coboare nepermis de mult nivelul de concentrație a unei substanțe. Aceasta își poate menține efectul terapeutic, dar îi pot crește foarte mult efectele secundare sau i se diminuează concentrația terapeutică utilă. Nu sunt pentru recomandări de dragul de a le face și a arăta că știi foarte multe lucruri, până nu faci o analiză extrem de minuțioasă a lucrurilor care



tenta tratamentelor cu cele naturiste"

se petrec dincolo de ceea ce noi vedem. Subliniez: rolul farmacistului este extrem de important în recomandare, dar să cantonăm recomandările mai ales pe medicamentele OTC, pe care pacientul și le administrează uneori după propria fantezie. O substanță își poate pierde din eficacitate dacă nu este administrată așa cum trebuie. Am parcurs un studiu recent făcut în Anglia, din care reieșea că se poate ajunge la o eficacitate de numai 60% a unui tratament din cauza unei proaste administrări sau a nerespectării indicațiilor de administrare.

Cât îi permite legislația, în prezent, unui producător să-și promoveze un produs în media? Dar unei farmacii, să-și promoveze imaginea?

(D.L.): Există două abordări: în publicațiile destinate specialiștilor din domeniu se poate face publicitate medicamentelor etice. În publicațiile destinate publicului larg se poate face reclamă medicamentelor OTC, cu respectarea unor restricții menționate în ghidul pe care Agenția Națională a Medicamentului l-a elaborat în legătură cu publicitatea medicamentelor. În ceea ce privește reclama farmaciilor, îmi displace total modul în care farmaciile aleg să se promoveze în media (presa scrisă, TV), atât timp cât se tratează farmacia ca o unitate comercială în care ai numai avantaje de natură comercială.

Există speranțe pentru vremuri mai bune pentru farmacii, al căror reprezentant sunteți?

(D.L.): În 2006, înainte de aderarea României la Uniunea Europeană, într-un interviu -, eu fiind

de regulă un om foarte optimist -, am spus că vin vremuri grele, iar o parte dintre colegii mei m-au certat. Acum consider că această perioadă dificilă se va mai menține un an sau doi, dar cine va reuși să iasă cu bine va fi întărit. Recomand colegilor mei, cu atât mai mult celor independenți, să aibă tăria și răbdarea să mai aștepte o perioadă de timp, pentru că este imposibil ca lucrurile să nu se îmbunătățească. Atunci când va funcționa și directiva referitoare la cele 60 zile de plată, atunci când și zona euro va fi mai calmă, iar situația economică din Europa și din lume va fi într-un echilibru, cu siguranță situația farmaciei în România va fi una normală.



Prof. Dr. Farm. Dumitru Lupuliasa
Președintele Colegiului Farmaciștilor din România

Torticolisul ocular

Poziția vicioasă a capului copilului ascunde o problemă vizuală?



Dr. Birlea Gabriela
 Medic specialist Oftalmolog,
 Clinica Oftapro
 Bd. Marasesti, nr. 15, sector 4,
 021 252 52 01 / 021 252 52 17
 www.oftapro.ro

Cuvântul provine din latinescul "tortus col- lum", adică răsucirea gâtului și implicit o poziție anormală a capului. Copilul va ține capul înclinat atunci când privește înainte.

Cauzele torticolisului?

Cel mai adesea, o poziție vicioasă a capului este pusă pe seama problemelor de tip musculoschele- tal (ortopedic), precum contracturi ale mușchilor gâtului ca urmare a unor poziții vicioase în viața intrauterină, anomalii de dezvoltare scheletală, hipotonii musculare etc. La un copil fără astfel de probleme poziția anormală a capului când privește spre înainte are o cauză oculară în 80% din situații (torticolis ocular).

Alte cauze ale poziției vicioase a capului sunt: scăderea auzului pe o parte, sau, mult mai rar, o

hernie diafragmatică.

Cauzele oculare care duc la torticolis sunt: diverse tipuri de strabism (strabism vertical, paralizii oculo- motorii etc.), nistagmusul ocular¹, ptoza palpebra- lă², vicii de refracție necorectate cu ambliopie³. Une- le dintre acestea sunt evidente și sesizate de părinți, dar altele pot trece neobservate. Pozițiile pe care cop- ilul le poate adopta sunt diverse: capul înclinat spre un umăr, fața întoarsă spre dreapta sau spre stânga, copilul având privirea orientată în partea opusă, ca- pul "dat pe spate" cu bărbia ridicată privind "printre gene" sau cu bărbia în piept privind în sus.

Când se poate instala torticolisul de tip ocular?

În unele situații poate să apară înainte de vârsta de 6 luni, dar cel mai adesea e sesizat de părinți după ce cop- ilul stă în șezut sau începe să meargă. Uneori se insti- tuie tratament prin gimnastică medicală pentru con- tracturile musculare ale gâtului, fără a se diagnostica problema oculară. Alteori, torticolisul este remarcat mai târziu, în raport cu necesitățile vizuale crescânde ale copilului, când acesta va înclina sau întoarce capul mai mult, pentru a vedea mai bine.

Cum se tratează?

Tratamentul se va adresa afecțiunii oftalmologice care a generat această poziție anormală a capului și, dacă este instituit corect și la timp, va duce la vin- decare. Un torticolis persistent mai mulți ani duce la deformări ale coloanei cervicale, contracturi ale mușchilor gâtului sau asimetrii faciale ireversibile. Aceste sechele pot menține un cap înclinat anormal chiar și după rezolvarea problemei oculare.

În concluzie, pentru o dezvoltare armonioasă a copilului trebuie să mergem la un consult oftalmo- logic precoce. O poziție vicioasă a capului aparent nesemnificativă poate avea implicații serioase din punct de vedere vizual, musculoscheletal și estetic.

¹Fenomen caracterizat prin mișcări involuntare și sacadate ale ochilor

²Pleoapa căzută a unuia sau a ambilor ochi

³Numită și „ochiul leneș”, este o boală a sistemului vizual caracterizată prin slăbirea simțitoare a vederii



Foto: Shutterstock

Retinopatia pigmentară

Dr. Carmen Dragne
Medic specialist oftalmolog
www.amaoptimex.ro

Retinopatia pigmentară (orbul găinilor) este o boală degenerativă ereditară a celulelor vizuale receptoare ale luminii (celulele cu bastonașe sunt primele afectate) și determină în timp afectarea vederii pe timp de noapte, precum și îngustarea câmpului vizual. Acuitatea vizuală se reduce treptat, în cazuri extreme, putând conduce chiar și la orbire.

Frecvența afecțiunii

este între 1 și 4000 de persoane, debutul fiind de obicei la adolescență, dar uneori se pune diagnosticul chiar din copilărie.

Etiologie: cauza exactă nu se cunoaște, dar factorul genetic are totuși un rol important. Boala are 3 forme de transmitere: autosomal recesivă (90%) - afectează ambele sexe în mod egal și nu apare neapărat la fiecare generație; autosomal dominantă (9%) - boala apare la fiecare generație; legată de cromozomul X (1%) boala afectează doar pacienții de sex masculin, iar mama este purtătoare a genului.

Clasificare

retinopatia pigmentară primară se poate asocia cu alte afecțiuni sistemice: sindromul Usher (+surditate), sindromul Laurence-Moon-Bardet-Biedl (+obezitate, retard mental, insuficiență ovariană/testiculară, anomalii renale), degenerescențe spinocerebeloase.

Simptomatologia variază în funcție de stadiul bolii, poate cuprinde hesperanopie (afectarea vederii noaptea) și, în stadiile avansate, îngustarea câmpului vizual.

Consultul oftalmologic va cuprinde:

- determinarea acuității vizuale;
- examinarea fundului de ochi: se decelează de-



Foto: Shutterstock

pozite pigmentare, dispuse sub formă de stea, inițial în periferie, avansează ocupând întreg câmpul retinian, dar cu respectarea regiunii maculare, artere îngustate, decolorarea papilei nervului optic;

- examenul câmpului vizual: aspect tubular, caracteristică ce un permite orientarea pacientului;
- examenul simțului cromatic (discromatopsie inițial în axul albastru-galben, apoi în axul roșu-verde);
- electroretinograma (înregistrarea activității electrice retiniene) - evaluează funcționarea celulelor cu conuri și bastonașe - caracteristic pentru retinopatia pigmentară: traseul este plat, abolit;

Tratament

În prezent, din păcate, tratament curativ nu există, rolul tratamentului medicamentos fiind de a încerca încetinirea procesului degenerativ.

- adjuvant, medicamentos: vitamina A și E, vasodilatatoare;
- profilactic: sfatul genetic;
- de perspectivă: tratamentul genetic și ozonoterapia.

Varicele



Dr. Gabriela Popescu,
Medic specialist
chirurgie vasculară
competență ecografie vasculară
Clinica Vascul Arte București
www.vascularte.ro

Varicele sunt de obicei vene lărgite, care se dezvoltă chiar sub piele (vene superficiale).

La baza bolii varicoase stau următorii factori:

- presiune crescută în venele picioarelor;
- leziuni la nivelul venelor membrelor inferioare;
- leziuni la nivelul valvelor venelor (structuri anatomiche care nu permit curgerea sângelui decât într-o anumită direcție) picioarelor
- boala familial moștenită de la membri familiei.
- persoane care se nasc cu defecte valvulare sau cu pereții venoși mai subțiri sau pot dezvolta aceste modificări mai târziu, pe parcursul vieții.
- schimbările hormonale care apar la pubertate, sarcină sau menopauză,
- în cazul administrării de estrogen, progesteron sau anticoncepționale
- boala varicoasă poate fi un semn al unor probleme sau afecțiuni asociate care au nevoie de multe ori de tratament, printre aceste afecțiuni se numără:

- Trombi (cheaguri de sânge cu organizare fibroasă) care obstruează sau blochează complet venele profunde sau venele perforante (vene de calibru mic care fac legătura între venele superficiale și cele profunde ale membrelor inferioare);
- leziuni la nivelul venelor profunde;
- vase de sânge anormale care fac legătura între vene și artere (fistule arteriovenoase);
- tumori (foarte rar);

Factorii care cresc posibilitatea de apariție și dezvoltare a bolii

- vârsta înaintată;
- obezitatea (tinde să fie un factor de risc mai important la femei). Raportul masă musculară

diminuată și țesut gras în exces scade suportul venos;

- istoric familial de varice;
- statul pe scaun sau în picioare pentru perioade lungi de timp;
- afecțiuni care cresc presiunea abdominală, cum ar fi boli hepatice, ascită (lichid în cavitatea abdominală), intervenții chirurgicale abdominale sau pelviene în antecedente sau insuficientă cardiacă;
- leziuni ale venelor;
- trombi venoși.

Aceste anomalii pot fi prezente încă de la naștere sau se pot dezvolta ulterior pe parcursul vieții.

Datorită introducerii investigației doppler, am putut dărâma o serie de mituri despre varice:

- Trebuie să așteptăm până naștem pentru a ne trata varicele
 - Varicele sunt o problemă pur estetică și nu trebuie tratate
 - Nu are rost să operăm varicele deoarece recidivează mereu
 - Statul în picioare cauzează varice
 - Varicele sunt moștenire genetică
- Singura afirmație din cele de mai sus care este veridică este aceea conform căreia varicele sunt moștenire genetică.

Simptome

Boala varicoasă poate fi complet asimptomatică. De obicei este recunoscută apariția varicelor de către pacient prin vizualizarea cordoanelor venoase răsucite, inflamate, de culoare albastră, chiar sub suprafața pielii. Dacă apar simptome, acestea tind să fie ușoare și pot include:

- o durere surdă, o senzație de arsură sau de greutate în picioare, simptomatologia se amplifică în cursul zilei sau după perioade îndelungate de stat în picioare sau pe scaun;
- inflamație ușoară, de obicei doar la nivelul piciorului și gleznei;
- prurit (mâncărime) la nivelul pielii de deasupra varicelor.

Simptomatologia se poate agrava sau pot apărea complicații cum ar fi:

- edeme gambiere (acumulări de lichid în țesuturile piciorului și umflarea consecutivă a membrului respectiv);
- inflamație semnificativă și durere la nivelul pulpei piciorului după perioade lungi de stat pe scaun sau în picioare modificări de culoare ale pielii (pigmentație de stază) în jurul sau deasupra gleznei;
- piele uscată, întinsă, umflată, pruriginoasă și descuamată (eliminarea stratului cornos al pielii) la nivelul varicelor;
- tromboflebita superficială (dezvoltarea unui tromb și apariția inflamației la nivelul venelor mici, apropiate de suprafața tegumentară);
- răni deschise (ulcerații varicoase);
- sângerări și /sau învinetire după leziuni minore la nivelul piciorului.

Venele varicoase sunt vene dilatate, umflate, vizibile cu ochiul liber. Ele apar atunci când valvele din aceste vene cedează și cauzează sângele din vene să curgă înapoi în picior (reflux), ceea ce cauzează dilatația venelor:

- vena se dilată atât în lungime cât și în lățime;
- pe măsură ce se dilată, vena se contorsionează;
- sângele stagnează în zonele în care vena este contorsionată;
- poate să apară tromboza venei;

Varicele se dezvoltă în venele superficiale ale piciorului (de aceea sunt atât de vizibile) și afectează în principal vena safena.

În cele mai multe cazuri, venele sunt pur și simplu inestetice. Unele persoane se plâng doar de aspectul estetic, dar există și cazuri în care pacienții se plâng de dureri, în special spre sfârșitul zilei. Ca și arterele, venele sunt alcătuite dintr-un tip special de mușchi, care este responsabil de menținerea presiunii în vasul de sânge. În cazul varicelor, simptomele de durere sunt date de întinderea acestui mușchi. Dacă aveți oricare din simptomele de mai sus, este posibil să suferiți de varice.

Testarea

Cea mai eficientă metodă de testare este **Duplex Ultrasound**. Deși mulți doctori argumentează strict în favoarea testării doppler, ecografia duplex ne permite să efectuăm investigații mult mai complexe și să determinăm factori esențiali și planificarea tratamentului / intervenției, precum direcția și viteza de circulație a sângelui în venă, dar și locația exactă a venelor și problemele lor.

În cazul investigației duplex, singurul disconfort pe care îl veți simți este senzația de "rece" cauzată de gelul folosit pentru sondă. Venele care nu funcționează corect vor fi marcate pe rezultatul imprimat, pe care îl veți discuta împreună cu doctorul dumneavoastră.



Operația fără durere - managementul perioperator



*Dr. Emilia Drăgulin, m. pr. ATI,
Doctor în științe medicale
Med Life Memorial Hospital*

Managementul durerii postoperatorii este în acest moment o preocupare de prima linie în întreaga lume. Statisticile arată că, dincolo de teama pentru rezultatul final al intervenției chirurgicale, pacienților le este teamă de durerea postoperatorie.

Durerea reprezintă, conform IASP (International Association for the Study of Pain), „o experiență senzorială și emoțională neplăcută, asociată cu o leziune tisulară actuală sau potențială sau descrisă în termeni echivalenți unor asemenea stări”.

Cum apare durerea?

Durerea are un mecanism complex de formare și transmitere. Acesta se formează la nivelul plăgii operatorii, unde există o serie de receptori numiți nociceptori, stimulul dureros este transmis prin fibre nervoase (fb A-beta, fb Delta, fb C) către măduva spinării, unde are loc un prim proces de modulare a durerii, prin intermediul unor mediatori specifici (subst. P, GABA), după care se propagă prin tractul spinotalamic și spinoreticular și ajunge la nivel cortical, unde are loc percepția și interpretarea senzației dureroase.

Percepția asupra durerii poate fi modulată de comportamentul afectiv al pacientului, concentrarea asupra durerii crește intensitatea acesteia, în timp ce gândirea pozitivă o ameliorează.

Este absolut evident faptul că o experiență neplăcută legată de durere modifică percepția pacientului, crește gradul de anxietate a acestuia, cu efecte negative asupra calității vieții și, nu în ultimul rând, asupra procesului de vindecare.

De aceea, obiectivul nostru este „operația fără durere”.

Este vorba, de fapt, despre managementul perioperator, care începe încă din momentul vizitei preanestezice și include totalitatea tehnicilor uti-



Foto: Shutterstock

lizate pentru controlul durerii induse de gestul chirurgical, dar și terapia simptomatică menită să controleze simptomele disconfortante frecvent întâlnite după operație (greață, vomă, prurit, constipație), la fel ca și recuperarea rapidă postoperatorie.

Pentru atingerea acestui obiectiv, o primă etapă este evaluarea perioperatorie și anticiparea strategică a analgeziei postoperatorii, ținând cont de:

- tipul de intervenție;
- evaluarea severității durerii postoperatorii - cu ajutorul scalelor numerice și vizuale (scoruri de



durere);

- condiții medicale asociate (ex: probleme respiratorii sau cardiace, alergii etc.);
- calcularea raportului risc/beneficii pentru tehnicile disponibile;
- preferința pacientului sau experimentele dure-roase anterioare.

Următoarea etapă constă în pregătirea pacientului și presupune:

- ajustarea sau recomandarea de a continua tratamentul cu acele medicamente a căror retragere provoacă sindromul de abstenență;
- tratarea anxietății și durerii preexistente;
- premedicația;
- educarea pacientului și a familiei - datele din literatura de specialitate indică faptul că dozele de analgetice utilizate sunt mai mici la acei pacienți care au primit educație preoperatorie și de patologie asociată.

În funcție de tipul intervenției chirurgicale, anesteziile care pot fi utilizate sunt: anestezie generală, anestezii loco-regionale (rahidiană, peridurală, blocuri nervoase) sau combinate (AG + peridurală).

De altfel, tratamentul durerii postoperatorii începe încă din timpul intervenției chirurgicale (analgezie preemptivă), prin utilizarea, la sfârșitul operației, a unor combinații medicamentoase menite să asigure controlul durerii imediat după operație.

În perioada postoperatorie imediată (primele 24 h), utilizăm cu succes terapia multimodală a durerii.

Cu ajutorul formularelor de durere, după modularea corectă a intensității durerii, se administrează combinațiile de medicamente din diverse clase (opioizi, AINS, paracetamol), care acționând prin mecanisme diferite, asigură o analgezie superioară, cu efecte adverse minime.

Extrem de eficientă în controlul durerii este analgezia peridurală, larg utilizată la gravide în postoperator după operația cezariană, dar nu numai.

Pentru viitor, alături de metodele farmaceutice de tratament al durerii, vom lua în calcul și utilizarea altor metode (hipnoterapie, electroacupunctură), care, de-a lungul timpului, și-au dovedit eficacitatea atât în tratarea durerii acute cât și în durerea cronică, neuropată.

Ginecomastia

*Dr. Cristina Brezeanu
Medic primar chirurgie plastică
Asistent universitar UMF Carol Davila
Doctor in Științe medicale
www.aestheticsurgery.ro*

Ginecomastia reprezintă dezvoltarea în exces a sânilor la bărbați. Țesutul glandelor mamare crește în dimensiuni, de obicei ca rezultat al creșterii nivelului de hormoni estrogeni sau al scăderii nivelului de testosteron și poate apărea la copii, adolescenți sau bărbații adulți. Cauzele ginecomastiei sunt numeroase și variate:

I. Tulburări hormonale.

Ginecomastia de cauză hormonală poate fi un fenomen fiziologic normal sau poate fi rezultatul unor stări patologice.

Ginecomastia fiziologică

La nou-născut, mărirea tranzitorie a glandelor mamare este cauzată de acțiunea estrogenilor materni și placentari. Mărirea dispare în mod normal după câteva săptămâni, dar poate persista și mai mult timp.

Ginecomastia adolescentului este frecventă la un anumit moment în cursul pubertății; vârsta medie de debut este de 14 ani, iar ginecomastia este de obicei asimetrică, ocazional unilaterală pentru o perioadă, frecvent sensibilă și regresează în aproximativ 65% dintre cazuri, astfel că la vârsta de 20 de ani doar un număr mic de bărbați prezintă urme palpabile ale ginecomastiei la unul sau la ambii sâni.

Ginecomastia vârstnicilor apare de asemenea la bărbații sănătoși, 40% dintre bărbații în vârstă prezentând ginecomastie, o explicație posibilă

fiind creșterea odată cu vârsta a conversiei androgenilor în estrogeni la nivelul țesuturilor extraglandulare.

Ginecomastia patologică

are următoarele cauze:

A. Producția sau acțiunea deficitară a testosteronului: anorhia congenitală, rezistență la androgeni (feminizarea testiculară și sindromul Reifenstein - sindromul rezistenței incomplete la androgeni, afecțiune ce se prezintă cu organe genitale ambigue și fenotip clinic extrem de variabil), defecte ale sintezei testosteronice, sindrom Klinefelter, orbita virală, traumatisme, castrare, boli neurologice și granulomatoase, insuficiență renală;

B. Producție estrogenică crescută: secreție estrogenică creșcută (tumori testiculare, hermafroditism adevărat, cancer pulmonar și alte tumori producătoare de hCG - gonadotropina corionică umană), substrat crescut pentru aromataza extraglandulară -enzimă responsabilă de producția de estrogeni (boală corticosuprarenală, boală hepatică, malnutriție, hipertiroidism), creșterea aromatazei extraglandulare;

C. Medicamentoasă: estrogeni, medicamente care sporesc secreția de estrogeni endogeni (gonadotrofine, clomifen), inhibitori ai sintezei sau acțiunii testosteronului (ketoconazol, metronidazol, spironolactona, cimetidina), medicamente cu mecanisme necunoscute;

D. Idiopatică (cu cauză necunoscută).

În cazul ginecomastiei patologice sunt necesare o serie de investigații menite să stabi-

lească un diagnostic corect al afecțiunii.

Evaluarea acestor pacienți include:

- măsurarea și examinarea testiculelor - dacă ambele sunt mici, trebuie obținut un cariotip cromozomial; dacă sunt asimetrice, trebuie să fie instituit un algoritm în trepte pentru identificarea unei tumori testiculare;

- evaluarea funcției hepatice - evaluarea endocrină ce include măsurarea androstendionului seric sau a 17-cetosteroidilor urinari pe 24 de ore, măsurarea estradiolului plasmatic și a hCG și măsurarea hormonului luteinizant plasmatic(LH). Dacă LH este ridicat și testosteronul este scăzut, diagnosticul este, în mod obișnuit, insuficiență testiculară. Dacă LH și testosteronul sunt ambele scăzute, diagnosticul este stabilit ca fiind o producție primară crescută de estrogen (tumora testiculară cu celule Sertoli). Dacă atât testosteronul cât și LH sunt crescute, diagnosticul este fie de status cu rezistență la androgeni, fie tumora secretantă de gonadotropine.

Când cauza primară poate fi identificată și corectată, sânii măriți în mod obișnuit scad prompt în dimensiuni și, în final, ginecomastia dispare, iar terapia hormonală de substituție androgenică poate produce ameliorarea spectaculoasă la bărbații cu insuficiență testiculară.

Când cauza primară nu poate fi corectată, chirurgia este singura soluție eficientă.

II. Obezitatea

Reprezintă o altă cauză destul de frecventă de mărire a sânilor la bărbați. În această situație, sânii se măresc în absența unor tulburări hormonale, iar excesul tisular este reprezentat de țesut adipos în exces localizat în zona sânilor. Acest lucru se poate determina prin mamografie (unde se poate vedea dacă excesul este predominant glandular sau predominant adipos).

III. Ereditatea

În fine, o altă cauză de apariție a ginecomastiei este ereditatea.

Practic, excesul tisular poate fi variabil, de la o mică hipertrofie până la mărirea semnificativă de volum a sânilor, când poate să apară și un exces de tegument, situație în care sânii capătă grade variate de ptoză.

Dacă nu se depistează o cauză de natura hormonală, care poate fi tratată medicamentos, și nu regresează spontan timp de 1-2 ani, vom adopta soluția tratamentului chirurgical.

Tratamentul chirurgical

Are scop exclusiv estetic, de îmbunătățire a reliefului regional. Din punct de vedere chirurgical, există mai multe soluții, care se vor adapta la particularitățile fiecărui caz în parte.

I. Lipoaspirația este soluția cea mai simplă prin care se extrage țesutul adipos în exces de la nivelul sânilor. Este soluția ideală din punct de vedere estetic, deoarece nu lasă cicatrici. Este utilă pentru cazurile în care excesul este predominant adipos și nu există surplus de piele.

II. Rezecția țesutului glandular în exces poate fi necesară când predomină țesutul glandular. Acest lucru se poate evalua preoperator cu ajutorul unei mamografii.

III. Rezecția tegumentelor în exces - Dacă sânii sunt excesiv măriți și există surplus de piele, după îndepărtarea excesului glandular și adipos prin lipoaspirație și/sau excizie, poate fi necesară și o îndepărtare a excesului de tegument. Cicatricea postoperatorie va fi plasată periareolar, astfel încât să fie cât mai puțin evidentă.

Operația se face cu anestezie generală și durează aproximativ 2 ore. Postoperator este utilă purtarea unei bustiere elastice speciale, timp de aproximativ 30 de zile. Recuperarea postoperatorie este rapidă, iar rezultatele sunt spectaculoase. Reluarea activității este posibilă din a doua zi după operație.

Proteizarea mic



*Dr. Med. Gheorghe Crăciun,
Clinica Ortomed Alex Bucur,
www.clinicaortomedab.ro,*

Proteizarea la nivelul membrului inferior este mult mai dezvoltată comparativ cu membrul superior, având în vedere utilizarea pe scară largă a protezelor de șold și genunchi. Cu toate acestea, protezarea la nivelul piciorului (laba piciorului) este doar în stadiul de început.

Printre cele mai traumatizante boli ale articulațiilor piciorului se numără artroza la articulația gleznei, apărută fie post-traumatic, fie ca urmare a poliartritei reumatoide și artroza de la nivelul articulației metatarsofalangiene a halucelui (degetul mare de la picior) din cadrul așa-numitei boli Hallux Rigidus. În aceste cazuri, mai ales la persoanele tinere, cu o viață activă, o intervenție chirurgicală soldată cu blocarea intenționată a articulației respective poate fi considerată un handicap. De aceea, au fost imaginate, iar apoi dezvoltate proteza de gleznă și proteza pentru articulația halucelui.

Terapia artrozei de la nivelul gleznei presupune, conform Societății Americane de Ortopedie a Gleznei și Piciorului (AOFAS), un tratament operator și unul non-operator.

Tratamentul operator poate fi luat în calcul pentru pacienții cu simptome algice persistente, în ciuda unui tratament non-operator corect condus. Opțiunile pentru tratamentul chirurgical sunt debridarea articulației gleznei, artroplastia prin distracție, osteotomiile, artrodeza (blocarea chirurgicală a unei articulații) și en-

doprotezarea gleznei. În mod tradițional, artrodeza era considerată opțiunea de ales în stadiile foarte avansate de artroză. Problema este că restricționarea mișcării consecutive artrozei mărește solicitările pe articulațiile învecinate gleznei, ducând la alte leziuni degenerative.

Deși aflată la început, endoprotezarea gleznei este singura care păstrează mobilitatea în articulația bolnavă și poate avea un efect protector în ceea ce privește apariția de leziuni degenerative în articulațiile vecine, conferind un confort în ceea ce privește durerea cel puțin egal cu cel obținut prin artrodeza. În ultimii ani, endoprotezarea gleznei este tot mai acceptată în rândul chirurgilor ortopezi ca o alternativă viabilă artrozei de gleznă în cazurile bine selecționate. La acești pacienți, evidențele clinice arată că endoprotezarea gleznei eliberează pacientul de durere, și poate asigura un rezultat funcțional superior față de clasică artrodeza.

O altă articulație care poate fi tratată (în cazul artrozei grave) prin implantarea unei endoproteze este articulația de la baza degetului mare, indicată în așa-zisul Hallux Rigidus.

Endoprotezarea, o minune medicală pentru o viață normală

Sistemul osteoarticular (oase și articulații) formează scheletul, care susține corpul uman. Oasele oferă un suport rigid țesuturilor moi ale corpului, formând pârghii care se mișcă în articulații sub acțiunea aparatului muscular. În epoca modernă, odată cu înmulțirea mijloacelor de transport, a activităților sportive și cu creșterea longevității populației, acest sistem este afectat deopotrivă de traumatisme, boli degenerative și sistemice, neoplazii, etc. Orice astfel de afețiune se răsfrânge în mod direct



ilor articulații. Protezarea piciorului

asupra activității zilnice și implicit asupra calității vieții. Din aceste considerente, a apărut necesitatea de a dezvolta diverse metode prin care să se înlocuiască articulațiile distruse. Metoda cea mai eficientă o reprezintă, fără echivoc, endoprotezarea. Endoprotezarea reprezintă înlocuirea compo-

nentelor proprii ale articulației bolnave cu componente sintetice, special concepute după tiparul vechii articulații, astfel încât, după introducerea acestora, să rezulte o noua articulație care să respecte cât mai fidel atât forma, cât și biomecanica vechii articulații.



Opțiunile pentru tratamentul chirurgical sunt debridarea articulației gleznei, artroplastia prin distracție, osteotomiile, artrodeza și endoprotezarea gleznei

Foto: Shutterstock

Ecografia cu substanță de contrast



Dr. Gabriela Spălățelu,
medic specialist boli interne,
competență ecografie generală
și eco doppler, Clinica Gral Colentina

Ecografia cu substanță de contrast (CEUS) este utilizată în patologia hepatică pentru evaluarea leziunilor hepatice descoperite întâmplător, în monitorizarea pacienților cu ciroză hepatică sau hepatopatii cronice difuze și a pacienților oncologici. Examinarea ultrasonografică cu contrast este urmarea logică a examinărilor neconcluyente fără contrast. Examinarea ecografică în timp real cu SonoVue diferențiază semnificativ leziunile de parenchimul hepatic normal, crescând acuratețea diagnosticului.

Diagnosticarea în timp real prin ultrasonografie cu substanță de contrast în hepatologie

Indicațiile CEUS în examinarea leziunilor hepatice sunt:

- caracterizarea leziunilor focale descoperite incidental,
- monitorizarea pacienților cu risc de HCC,
- evaluarea leziunilor hepatice la pacienții cunoscuți cu neoplazii,
- caracterizarea trombozei de venă portă,
- evaluarea pacienților la care examenul CT, RMN sau anatomopatologic au fost neconcluyente.

SonoVue este o substanță de contrast cu distribuție exclusivă la nivelul sângelui, după injectarea i.v., microbulele traversând bariera pulmonară și ajungând în circulația arterială, de unde apoi se elimină prin expirație. Durata medie a timpului de înjumătățire plasmatică prin eliminare este de ~12 min. (80% din SF6 administrată a fost regăsită în aerul expirat după 2 min. de la injecție și ~ 100% la 15

min. după aceasta).

Datorită flexibilității înalte a peretelui, microbulele de SonoVue sunt mult mai puternic ecogenice comparativ cu globulele roșii sangvine sau țesuturile moi.

Datorită caracteristicilor fizice (rezistența crescută la presiune, stabilitate mare), microbulele de SonoVue generează un răspuns specific nonlinear chiar la o putere acustică scăzută.

La nivel hepatic, dinamica umplerii cu substanță de contrast a țesutului hepatic determină apariția a 3 faze distincte.

Există caracteristici ale vascularizației în dinamică pentru cele mai frecvente leziuni hepatice, în cele 3 faze: arterială, portală, întârziată:

- faza arterială începe la 10-20 sec. postinjectare și se finalizează la 25-35 sec.
- faza portală venoasă începe la 35-45 sec post injectare și se finalizează la 120 sec.
- faza întârziată începe după 120 sec. și se finalizează odată cu dispariția bulelor (240-360 sec.).

Situația hemodinamică individuală a pacientului influențează timpul intrării în acțiune a celor 3 faze vasculare și, implicit, timpul de vizualizare.

Avantajele CEUS

CEUS este noninvasivă, ușor de efectuat, mai ieftină și se poate repeta fără riscul iradierii sau toxicității substanței de contrast.

Folosirea substanței de contrast crește sensibilitatea în detectarea metastazelor hepatice de la 50 la sută în ecografia fără contrast la 88 la sută în cea cu contrast. CEUS este apropiată ca specificitate de CT-ul în depistarea metastazelor hepatice, dar are avantajul unor reacții adverse și contraindicații minime și al repetabilității.

În contextul unei ciroze hepatice, atitudinea în leziunile hepatice nou-depistate depinde de dimensiunea formațiunii. Pentru nodulii >2 cm, o metodă imagistică cu comportament tipic de HCC este suficientă pentru diagnostic. Pentru nodulii cu

dimensiuni de 1-2 cm sunt necesare două metode de examinare cu contrast, care să demonstreze un comportament tipic de HCC (RMN, CT, CEUS). Un studiu german, al lui Strobel și colaboratorii, desfășurat pe 1.340 de pacienți cu leziuni hepatice, a avut printre obiective compararea performanțelor CEUS, CT, RMN în evaluarea nodurilor hepatice și a ajuns la concluzia că CEUS are valoare similară cu a CT și RMN în diferențierea între malign și benign a leziunilor hepatice nodulare, precum și în diferențierea între diferite tipuri de leziuni hepatice.

	Sensibilitate	Specificitate
CEUS	94 %	83%
CT	90,6%	81,5%
RMN	83%	84,6%

SonoVue a demonstrat un excelent profil de siguranță. Nu au existat diferențe în incidență, tipul și severitatea reacțiilor adverse în cazul utilizării SonoVue, comparativ cu alte substanțe de contrast și placebo (ser fiziologic). Rata reacțiilor adverse în urma a peste 250.000 de administrări a fost extrem de scăzută (0,061%).

Reacțiile adverse sunt nongrave, tranzitorii și se remit spontan. Cele mai frecvente reacții adverse sunt: cefaleea (2,3%); reacții locale la nivelul locului de injectare (dureri, senzații de arsură, echimoze); greață.

Mai puțin frecvente sunt: hiperglicemie, parestezii, pervertirea gustului, vasodilatație, vedere încețoșată, prurit, dureri abdominale, astenie, dorsialgii.

Contraindicații: alergii cunoscute la substanța de contrast, sindrom coronarian acut recent sau boală ischemică instabilă, insuficiență cardiacă acută sau cronică cls III/IV, tulburări severe de ritm cardiac, șunturi cardiace dr-stg, HT pulmonară severă, insuficiență respiratorie, HTA necontrolată terapeutic.

Caracteristici generale ale ecografiei cu substanța de contrast

(CEUS - contrast enhanced ultrasound)

- Deși este o investigație relativ nouă, s-a implementat rapid în majoritatea centrelor medicale private, datorită beneficiilor sale;

- Este o tehnică imagistică noninvasivă care oferă o mai bună vizualizare a ecografiei clasice, ajungând până la performanța CT;
- Avantajul major față de CT este dat de faptul că agentul folosit pentru obținerea contrastului nu conține iod și nu produce reacții alergice;
- Dacă în cazul CT există riscul iradierii, ecografia cu substanță de contrast nu iradiază organismul;
- **Se poate folosi cu succes în examinarea leziunilor hepatice, în studiile de perfuzie a miocardului, în ecocardiografie, vizualizarea vaselor mari (intracraniene, periferice) și a vaselor mici (din ficat, rinichi, pancreas, sân), aduce informații importante în cazul nodurilor tiroidieni;**
- Durează doar 10 minute și poate fi utilizată la pacienții cu insuficiență renală și hepatică, dar și la cei cu hipertiroidie;
- Are contraindicații pentru pacienții cu boli cardiace sau aritmii severe, dar și pentru femeile însărcinate sau care alăptează;

Ecografia cu substanță de contrast se poate efectua în capitală la Clinica Gral Colentina, Sos. Ștefan cel Mare, nr. 19- 21, sector 2, București (în incinta Spitalului Colentina)

Tel/Fax: 021-317.83.95

Mobil: 0730-025.818



Norme de conduită terapeutică în cancerul de sân

Potrivit medicilor specialiști, din momentul diagnosticării cu o afecțiune mamară, există trei ipostaze pe care o femeie le poate parcurge până la tratarea și vindecarea completă a bolii: afecțiune benignă, afecțiune suspect malignă (între benignă și malignă) și afecțiune malignă.

În cazul patologiei benigne, leziunile se pot rezolva atât prin intervenții chirurgicale, cât și în regim ambulator, sub anestezie locală și ghidaj ecografic prin puncție aspirativă. Cea din urmă metodă face referire la ecografia intervențională a leziunilor mamare benigne prin sistemul Encor-SenoRx. Sistemul Encor-SenoRx, folosește tehnica de secționare și vacuum-aspirație a tumorilor mamare, și permite îndepărtarea parțială (biopsierea leziunilor mamare) sau totală a formațiunilor patologice mamare cu sau

fără expresie clinică (leziuni palpabile sau nepalpabile, dar cu expresie ecografică). Incizia este una minimă, 2-4 mm, se face în regim de ambulatoriu sub ghidaj ecografic, iar reintegrarea în mediu este imediată.

Pentru leziunile maligne diagnosticul poate fi stabilit intraoperator prin excizie sectorală cu examen histopatologic sau în cazul stadiilor avansate, prin puncție biopsie mamară (biopsie cu sisteme clasice de biopsiere sau cu sistemul Encor-SenoRx). După diagnosticarea bolii se stabilește împreună cu echipa medicală (oncolog, chirurg, radioterapeut și anatomopatolog) conduita terapeutică. Din punct de vedere chirurgical se poate opta pentru varianta conservatoare în care se decide păstrarea sânelui în condițiile asigurării controlului bolii sau se poate lua decizia unei intervenții de tip mastectomie care se poate completa cu varianta reconstrucției în totalitate a sânelui.

Statisticile arată că anul trecut 6000 de românce au fost diagnosticate cu cancer de sân, potrivit datelor Institutului Național de Statistică și mai mult de 90% dintre paciente au aflat despre boala lor într-o fază avansată, ceea ce scade dramatic șansele de supraviețuire ale acestora. Rata de supraviețuire în situația descoperirii din timp a cancerului de sân, în stadii incipiente, este de 96-98%.

Cancerul de sân este afecțiunea cu cea mai ridicată incidență în rândul femeilor, reprezentând 16% din toate formele de cancer depistate. La nivel mondial, numărul de cazuri de cancer la sân s-a triplat în ultimele decenii. Numai anul trecut, aproape jumătate de milion de femei din întreaga lume și-au pierdut viața din cauza acestei afecțiuni.

Sursa Medlife



Foto: Shutterstock

Tratamentul artrozei



Dr. Med. Gheorghe Crăciun,
Clinica Ortomed Alex Bucur,
www.clinicaortomedab.ro,

Scopurile principale urmărite de terapia artrozei sunt înlăturarea durerii în condiții fiziologice normale și împiedicarea înaintării modificărilor de uzură ale articulației bolnave. Există, desigur, un tratament preventiv al artrozei, care vizează tratamentul la timp și corect al inflamațiilor sau traumatismelor articulare, asigurarea stabilității și funcției articulare, corectarea la timp a deformațiilor scheletale care duc la tulburări biomecanice, etc. Din păcate, aceste aspecte sunt deseori neglijate, ceea ce, împreună cu creșterea mediei de vârstă a populației, face ca numărul artrozilor să fie din ce în ce mai mare.

Pacientul se prezintă la medic de obicei când durerile devin supărătoare, atunci când artroza este instalată, uneori chiar avansată. Este de la sine înțeles că posibilitățile de tratament sunt cu atât mai puține și mai drastice, cu cât artroza este mai avansată.

În fazele inițiale ale artrozei, în care este vorba, mai ales, de o înmuiere a cartilagiului articular (malacie), terapia va consta în :

- Mobilizare activă fără suprasolicitare a articulațiilor prin bicicletă/ sau bicicletă ergometrică, înot,etc
- Întărirea musculaturii adiacente articulației în cauză
- Injectarea intraarticulară de substanțe stimula-

tive pentru refacerea sau consolidarea cartilagiului articular, cum sunt anumiți produși ai Acidului Hyaluronic

- Corectarea devierilor de axă a unor articulații cum ar fi șoldurile sau genunchii, pentru a împiedica suprasolicitările anumitor compartimente ale acestora

- Medicamente antiinflamatorii administrate oral sau local, după caz

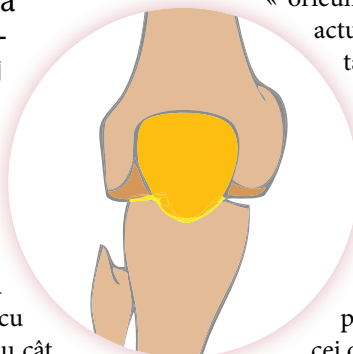
- Fizioterapie prin caldură locală (băi sărate, sulfuroase, parafină, ultrasunet, laser, etc), gimnastică medicală.

- Folosirea de orteze stabilizatoare sau corectoare de axă, indicate și controlate de medicul specialist ortoped sau chirurg.

În fazele mai avansate ale artrozei, devin necesare metodele de tratament operatorii, între care cele minimal invazive ocupă astăzi un loc din ce în ce mai important. Ideile că artroza nu poate fi oprită, că ea se termină cu anchiloză sau necesită

« oricum » o protezare, nu mai sunt de actualitate. Îmi permit să afirm cu tărie, că artroza, chiar și în stadiile mai avansate, poate și trebuie să beneficieze de un tratament adecvat care să o oprească în evoluție, micșorând durerile și păstrând în mare parte funcționalitatea. Va trebui să acționăm în direcția lămuririi populației, dar și a medicilor, de la cei de familie, până la specialiști.

În fazele avansate ale artrozei, singura terapie efektivă este implantarea de endoproteze, adică înlocuirea suprafețelor articulare deteriorate cu suprafețe noi, care să permită reluarea funcției articulare și să elimine durerile și impotența cauzate de artroză. Îmbunătățirea continuă a materialelor și geometriei protezelor, dar și a tehnicilor operatorii, au dus la creșterea importanței endoprotezelor în artrozele avansate.



Plasticitatea cerebrală și kinetoterapia

*Elena Căciulan și Daniela Stanca
Centrul de recuperare Kineto Dema
www.kinetodema.ro*

Mult timp, oamenii de știință au considerat că, odată instalată maturitatea la vârsta adolescenței, conexiunile de la nivelul encefalului rămân neschimbate pentru totdeauna. Această viziune de organizare și funcționare a encefalului este astăzi abandonată. Este unanim acceptat și recunoscut adevărul că maturitatea rețelelor neuronale nu este finalizată după naștere, iar plasticitatea encefalului la individul uman este prezentă pe tot parcursul vieții.

Encefalul evoluează în permanență, iar sub efectul experienței și al constrângerilor mediului, conexiunile stabilite se modifică și se formează altele noi. Acest fenomen adaptativ se numește plasticitate cerebrală și exprimă capacitatea encefalului de a se remodela și de a modifica rețelele neuronale, în funcție de experiențele trăite de fiecare individ. Plasticitatea cerebrală constă în formarea la nivelul encefalului de „drumuri privilegiate”, pentru a permite transmiterea informațiilor corecte, modificarea comportamentului senzorio-motor și reorganizarea activității sistemului neuronal.

Imagistica funcțională și în special IRM permit explorarea mecanismelor care sunt la baza proceselor adaptative. Ființa umană dezvoltă aceste procese de adaptare în funcție de influența mediului înconjurător, fenomen care se prelungește pe tot parcursul vieții. Chiar și la persoanele vârstnice (cu condiția să nu fie purtătoare ale unei boli neuroase degenerative), această aptitudine este conservată, iar la tineri este mai

prezentă cu cât sistemul nervos este mai solicitat; poate exista însă și o regresie la nivel cerebral, când encefalul este mai puțin solicitat sau foarte puțin antrenat.

Pentru refacerea unei leziuni de tip central, vor fi antrenate următoarele mecanisme:

1. Refacerea anatomică a circuitelor nervoase (restructurare destul de limitată la om).
2. Substituția: constituie răspunsul adaptativ al sistemului nervos, prin lipsa de activitate a circuitelor afectate în regiunile cerebrale lezate; substituția se manifestă prin activarea altor zone, care inițial nu erau implicate în activitățile specifice zonei atinse. Acest mecanism implică noțiunea de sisteme redundante la nivel cerebral, adică prezența sistemelor complementare, probabil ierarhizate, neutilizate sau prea puțin utilizate în funcționarea normală a encefalului. Astfel, s-a constatat, la anumiți pacienți cu leziuni unilaterale la nivelul capsulei interne, prezența unei hiperactivități reacționale în emisfera cerebrală colaterală.
3. Strategiile de compensare și de adaptare permit (dacă leziunea este întinsă, sunt afectate zone importante ale encefalului) învățarea unor activități ale vieții cotidiene, în pofida dificultății de realizare a acestora. Rolul important revine kinetoterapiei, prin regăsirea căilor de învățare, pentru recâștigarea controlului pierdut.
4. Reeducarea și învățarea (dobândirea de deprinderi) au rol esențial în stimularea mecanismelor plasticității cerebrale. Pentru a favoriza recuperarea persoanei cu leziuni cerebrale, este necesară solicitarea encefalului, prin utilizarea de exerciții și activități de stimulare senzorio-motorie cât mai diferite.
5. Antrenamentul, repetiția corectează dezorganizările postlezionale, prin aplicarea „Terapiei induse prin constrângere”, ceea ce reprezintă imobilizarea membrului sănătos

al pacientului hemiplegic și obligativitatea desfășurării activităților zilnice numai cu membrul superior afectat. Această abordare terapeutică este eficientă dacă membrul afectat este solicitat cel puțin 6 ore/zi. Supus unui astfel de antrenament, pacientul este obligat să repete gesturi și să se adapteze la cerințele mediului, reușind astfel să transfere achizițiile câștigate prin exerciții, în activitățile cotidiene.

În urma exercițiilor și activităților utilizate, se vor produce modificări la nivel de organizare a sistemului nervos. Mersul are la bază principiul postulat conform căruia cea mai bună învățare a unei sarcini motrice este realizarea repetată a

acesteia. Reeducarea deschide concepte la fel de diferite, precum antrenamentul mental, abordarea cognitivă și stimularea percepțiilor.

IRM cerebral a arătat că reeducarea are un rol deosebit în recuperarea funcției sensorio-motorii a pacienților cu leziuni cerebrale. Reeducarea poate modifica activitățile motrice involutare patologice sau slabe, prin ameliorarea controlului voluntar. Rezultatele recuperării depind de severitatea, localizarea și întinderea leziunii. Anumite arii ale encefalului, precum talamusul, capsula internă, au funcție-cheie, iar lezarea lor nu permite decât puțină compensare, adaptare și suplinire, limitând potențialul recuperării.

Foto: Shutterstock



Discopatia vertebrală lombară



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

Reamintim cititorilor noștri că discopatia vertebrală lombară reprezintă manifestarea clinică a afectării discului intervertebral lombar în diferite grade, de la degenerescență până la hernia de disc lombară.

Lombosciatica reprezintă semnul clinic care se manifestă prin durerea de spate cu iradiere pe picior și care are drept cauză ieșirea/hernierea discului lombar de la locul lui și compresiunea unei rădăcini nervoase. Lumbago este tot un semn clinic, care are ca efect durerea spatelui, cauza fiind tot o afectare a discului lombar (discopatie), dar de natură musculoligamentară, fără risc chirurgical. Lombosacralgia este o durere lombară inferioară de cauză mecanică și poate fi generată atât de suferința țesuturilor moi lombare, cât și de afectarea structurilor vertebrale (disc, ligamente, pediculi vertebrale, articulații vertebrale posterioare). Vorbim despre discopatie vertebrală lombară cu diferite faze evolutive.

Discopatia vertebrală lombară evoluează în 4 faze.

Hernia de disc lombară reprezintă faza numărul 3, iar stenoza de canal lombar în contextual modificărilor de spondilodiscartroză este faza numărul 4. Când discul este afectat ușor, are aspect deshidratat pe RMN, iar pacientul prezintă dureri lombare episodice, fără blocaj lombar și fără contractura musculară paravertebrala

lombară, ne găsim în faza 1. Când discul a degenerat, spațiul discal este redus, discul este ușor protruzionat sau bombat posterior pe imaginile RMN, iar durerile lombare sunt intense și poate apărea blocaj lombar prin contractura musculaturii paravertebrale lombare, ne aflăm în faza 2. Ambele faze se rezolvă prin tratament conservator antiinflamator și decontracturant. Atunci când discul este afectat serios, degenerat, fragmentat



Foto: Shutterstock

și herniat în canalul lombar, unde comprimă una sau mai multe rădăcini nervoase, apare durerea lombară cu iradiere pe picior, asociată cu amorțeală/parestezii cu sau fără pareză. Aceasta este faza 3 și are mai multe stadii, în funcție de afectarea neurologică secundară herniei de disc lombară. În această fază este foarte important să fie efectuat un examen RMN de coloană lombară și va trebui consultat un medic neurochirurg pentru a vedea dacă este necesară o intervenție chirurgicală de ablație a herniei de disc lombară. Faza 4 este faza de discartroză vertebrală lombară, adică uzura avansată a coloanei la care se asociază pe lângă afectarea propriu-zisă a discului, afectarea articulațiilor și stenoza de canal lombar. Această fază are indicație chirurgicală numai în cazuri selecționate cu afectare neurologică, ne informează specialiștii.



Factori declanșatori în lombosciatică

De menționat, un aspect destul de important, și anume, acela că nu doar suprasolicitarea statică sau dinamică a coloanei vertebrale lombare este generatoare de suferință, ci și temperatura rece de afară, căreia i se asociază umiditatea mediului ambiant, poate declanșa o criză dureroasă lombară, urmată de iradierea durerii pe picior și de instalarea și a celorlalte semne însoțitoare menționate mai sus, mergând până la pareză.

Terapiile medicale ale afecțiunilor lombare

Tratamentul acestor afecțiuni poate fi medicamentos, de posturare, fizioterapie și program de kinetoterapie, ne informează specialiștii în medicină fizică și de recuperare medicală, dar și cei în medicină sportivă. Programul Williams sau școala spatelui reprezintă programele de kinetoterapie utilizate în patologia coloanei vertebrale lombare, în scop profilactic sau terapeutic, și de prevenire a viitoarelor recăderi. Programele de recuperare medicală se realizează personalizat, variind de la un pacient la altul, fiind în funcție de etapa evolutivă, localizarea afecțiunii, vârsta și profesia acestuia. În perioada acută, când durerile lombosacrale sunt intense, cu sau fără iradiere, pacientului i se recomandă repaus absolut cu posturare în poziție antalgică, pentru cel puțin 3 zile. În perioada subacută, durerile la mișcările active au mai cedat și cele de repaus au dispărut, iar în perioada cronică pacientul își poate mobiliza coloana vertebrală, durerile fiind moderate. În timpul mersului și a ortostatismului, durerile pot să apară doar după o perioadă mai lungă de timp sau la expunerea la frig. Tuturor acestor pacienți, indiferent de faza evolutivă, li se recomandă tratament medicamentos, fizioterapie, masaj terapeutic, program de electroanalgizie, laserterapie și, la final, programul Williams raportat la starea clinică. Exercițiile Williams se inițiază pentru a asupliza trunchiul inferior, constând în exerciții de remobilizare/asuplizare a coloanei lombare prin basculări de bazin și întinderea/stretchingul musculaturii paravertebrale. În perioada cronică se continuă asuplizarea lombară și se tonifică musculatura paravertebrală.

Recuperarea după proteza totală de șold

*Dr. Raluca Tugui Dana, medic specialist recuperare, medicina fizica si balneologie
Centrul Medical BioTerraMed
www.bioterramed.ro*

Operația presupune înlocuirea articulației șoldului cu un dispozitiv artificial ce restabilește mișcările normale, în toate planurile. De obicei, se realizează la vârstnici. Dintre indicațiile protezei, cea mai frecventă se referă la coxartroză. Alte indicații sunt: displazia de șold, necroza aseptică de cap femural, fracturile sau luxațiile de acetabulului sau femurului proximal, poliartrita reumatoidă, spondilita ankilozantă.

Recuperarea începe preoperator cu câteva săptămâni, când se urmărește creșterea forței musculare a anumitor grupe musculare, astfel încât, postoperator, bolnavul să poată merge mai ușor în cadru sau cârje și să scadă riscul unor complicații pulmonare.

Proteza totală de șold este de două mari tipuri: cimentată și necimentată.

Proteza totală cimentată se indică pacienților vârstnici, după 60-65 ani și la cei cu osteoporoză. În cazul protezei cimentate se permite încărcarea și mersul imediat postoperator. Totuși, din prudență pentru pacient, acesta va merge câteva zile cu cârje sau cadru. Sprijinul total este permis la 14-15 zile.

Artroplastia cu proteză totală necimentată este preferată pentru pacienții sub 60 de ani, pentru durata de viață mai mare a implantului articular. Postoperator, bolnavul este mobilizat din pat după 2 zile, asistat de kinetoterapeut și ajutat inițial de cadru, apoi de cârje. Sprijinul total este permis la 60-90 zile.

Spitalizarea durează aproximativ 8-10 zile. Operația se realizează cu anestezie generală. Medicația de

tip antiinflamator și analgetic controlează disconfortul ulterior, mai ales cel generat de schimbarea poziției și de mobilizare. Rezultatele sunt foarte bune. Durerea dispare, mobilitatea se apropie de normal, iar peste 80% dintre pacienți nu mai au nevoie de niciun dispozitiv de ajutor la mers. Pacientul va reveni la nivelul de activitate anterior. Nu sunt indicate sporturile de contact, tenis sau ski. Pacientul va utiliza o cârjă sau un baston până la vindecarea va fi completă (3 luni).

Indiferent de tipul de proteză, obiectivele programului de kinetoterapie se referă la:

Prevenirea complicațiilor induse de imobilizarea la pat (tromboflebită, leziuni cutanate de decubit, pneumonie, embolie pulmonară);

Refacerea forței musculare a stabilizatorilor șoldului, în primul rând, dar și a celorlalte articulații ale membrului inferior;

Refacerea mobilității articulare pentru genunchi și apoi pentru șold, păstrând, o perioadă de timp, anumite restricții;

Combaterea factorilor responsabili de dislocarea protezei.

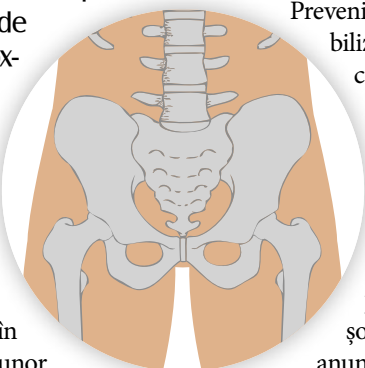
O perioadă de timp, în general 6 luni, sunt impuse anumite restricții de mișcare, pentru a preveni dislocarea protezei, după cum urmează:

Se evită încrucișarea picioarelor sau a gleznelor, indiferent dacă vă aflați în picioare, așezat sau întins; Când stați pe scaun, picioarele trebuie să fie puțin depărtate;

Când stați pe scaun, genunchii trebuie să fie la nivelul șoldurilor, și nu mai sus;

Când vă ridicați de pe scaun, veniți ușor în față, apoi vă ajutați de cadru sau cârje;

Nu vă aplecați în față, folosiți dispozitive ajutătoare pentru încălțat, pus șosete, ridicat obiecte de pe jos; Când stați întins în pat, utilizați perne de abducție și adducție pentru a menține articulația șoldului în poziție corectă.



Scapi de răceală. NATURAL!



De la venirea toamnei și până în primăvară, organismul nostru este mai predispus la răceală și gripă. În această perioadă, atât copiii, cât și adulții petrec mai mult timp în spații închise, fapt care favorizează transmiterea viruselor.

Știați că virusii pot fi expulzați 4 metri prin aer, în momentul în care o persoană bolnavă strănută sau tușește?

Durerile de gât, nasul înfundat, febra, durerile de cap, frisoanele și durerile musculare sunt simptome comune în gripă și răceală.

La fel ca și medicamentele de sinteză, **Propolis C Răceală și Gripă plicuri** de la Fiterman Pharma tratează aceste simptome, dar în plus inhibă multiplicarea virusurilor și crește imunitatea organismului.

Propolis C Răceală și Gripă plicuri, adulți și copii, conține extracte naturale standardizate, cu beneficii dovedite clinic și fără risc de hepatotoxicitate sau reacții gastrointestinale.

COMPOZIȚIE ADULȚI/PLIC:

- ✓ Tinctură de propolis (120 mg);
- ✓ Scoarță de salcie (*Salix alba*) (200 mg extract uscat standardizat în salicină);
- ✓ Fructe de soc (*Sambucus nigra*) (50 mg extract uscat standardizat în antocianide);
- ✓ Flori de soc (*Sambucus nigra*) (30 mg extract uscat standardizat în flavonoide);
- ✓ Echinacea (*Echinacea purpurea*) (10 mg extract uscat din partea aeriană standardizat în polifenoli);
- ✓ Vitamina C (60 mg).

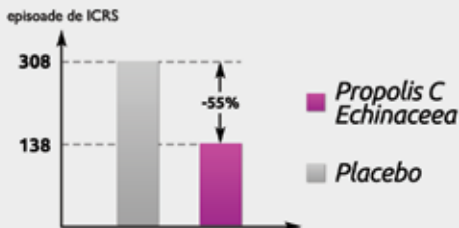
COMPOZIȚIE KIDS/PLIC:

- ✓ Tinctură de propolis (60 mg);
- ✓ Flori de soc (*Sambucus nigra*) (350 mg extract uscat standardizat în flavonoide);
- ✓ Fructe de măceș (*Rosa canina*) (100 mg extract uscat standardizat în vitamina C);
- ✓ Fructe de soc (*Sambucus nigra*) (50 mg extract uscat standardizat în antocianozide);
- ✓ Flori de tei (*Tilia cordata*) (50 mg extract fluid);
- ✓ Echinacea (*Echinacea purpurea*) (10 mg extract uscat din partea aeriană standardizat în polifenoli);
- ✓ Vitamina C (60 mg).



EFFECT **IMUNOSTIMULATOR** DOVEDIT CLINIC

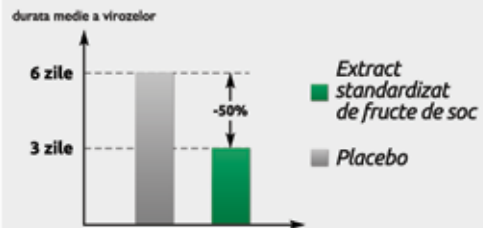
- 55% episoade de ICRS



1. Studiu multicentric randomizat, dublu orb, controlat placebo pe 430 de copii între 1 și 5 ani, timp de 12 săptămâni în perioada de iarnă ($p < 0.001$), a demonstrat eficacitatea combinației **Propolis C + Echinacea** în tratarea ICRS (infecții ale căilor respiratorii superioare). Cohen HA, Varsano I, Kahana E, Sarrell M, Utziel Y. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004; 158:217-221.

EFFECT **ANTIVIRAL** DOVEDIT CLINIC

- 50% durata medie a viruselor



2. Studiu clinic dublu orb, placebo controlat, efectuat pe 27 pacienți confirmați cu virusul gripal de tip B, cu vârste cuprinse între 5 și 56 ani, a arătat o reducere a perioadei de boală la jumătate, la pacienții care au primit un preparat cu extract din **Fructe de soc**. Zakay-Rones Y, Varsano N, Zlotnic M. J Altern Complement Med 1995; 1:361-369.

Antioxidanții și



Dr. Julia Daniela
Medic medicină generală
Compet. Planning familial
www.farmacia3.ro

Antioxidanții sunt substanțele care apără organismul de efectele dăunătoare ale unor molecule denumite „radicali liberi”, care se acumulează în organism și sunt dăunători. Înclinarea balanței antioxidanți/ radicali liberi către radicalii liberi duce la distrugerea celulei, îmbătrânirea și chiar moartea ei.

Cantitatea scăzută de antioxidanți este responsabilă de apariția a 80% din boli cum ar fi ateroscleroza vasculară, boli cardio-vasculare, hipertensiune arterială (HTA), diabet zaharat, cancer, alergii de diferite tipuri, parodontoze, viroze respiratorii recurente, sterilitate. Zilnic organismul nostru este supus acțiunii unor factori care duc la distrugerea și îmbătrânirea prematură a celulelor organismului și implicit a organismului, ca de ex: poluarea, radiații ultraviolete, fumat pasiv și activ, stress psihic și fizic.

Vitamina E este un antioxidant care previne deteriorarea lipidelor și uleiurilor esențiale, inclusiv acizi omega 3, are rol important în funcționarea sistemului reproductiv. Este un cofactor al unei molecule antioxidante importante - glutation.

Vitamina C

este importantă în regenerarea organismului și are rol important în prevenția cancerului și în susținerea funcționării sistemului imunitar.

Vitamina A

sub formă de provitamina A are rol important în prevenția bolilor dermatologice și oftalmologice.

Licopenul

este o substanță cu efecte antitumorale în cancerul de prostată, sân, vezica urinară, pancreas, plămâni și piele, în cancerul cervical, ovarian, uterin, intestinal. Licopenul reduce semnificativ riscul aterosclerozei, iar incidența infarctului miocardic scade cu 20-50%. În consumul de licopen se pun mari speranțe pentru prevenirea bolilor neoplazice, degenerative și a maladiei alzheimer. Să nu uităm că licopenul este cel mai important reprezentant al familiei antioxidanților.

Luteina

Efectul antioxidant al luteinei se manifestă nu numai la nivelul aparatului vizual, dar și la nivelul altor organe, precum și în cadrul unor lanțuri metabolice, putând fi utilizată cu rezultate bune de către toți cei cărora li s-a recomandat consumul de antioxidanți, pentru prevenirea bolilor cardiovasculare, a cancerului de prostată, etc. Efectul luteinei este amplificat de licopen, cu consecințe deosebite în ceea ce privește scăderea colesterolului sangvin și încetinirea sau stoparea degenerării moleculare.

Coenzima Q10

are rol important de antioxidant prin inactivarea radicalilor liberi responsabili de distrugerii celulare. Coenzima

“Cantitatea de antioxidanți din organismul tău este direct proporțională cu durata vieții tale” - dr. Richard Cutler, Institutul de Cercetare a Sănătății SUA -Washington D.C.

durata vieții

Q10 oferă organismului energie și ajută la funcționarea inimii și ficatului. Co Q10 a fost introdusă în tratamentul insuficienței cardiace în Japonia, încă din 1974.

O parte din alimentație cuprinde și o gamă de antioxidanți. Cercetătorii de la Institutul de prevenție a cancerului spun că e nevoie de 9-13 porții de legume și fructe proaspete / zi pentru a avea un nivel de antioxidanți corespunzător. La ora actuală sunt studii care arată că, din păcate, calitatea acestora s-a redus considerabil chiar dacă este vorba de fructe și legume din culturi proprii, acest lucru datorându-se poluării și radiațiilor. Putem așadar vorbi de o „foame calitativă” în zilele noastre, astfel încât utilizarea suplimentelor cu antioxidanți a devenit o necesitate.

Dar cum știm care e nivelul de antioxidanți necesar organismului nostru? Există un instrument numit scanner biophotonic, care în mod non-invaziv, cu ajutorul unei raze de culoare albastră, cu energie scăzută, în doar două minute, măsoară din palmă

10

nivelul de antioxidanți din organism. Acest lucru oferă un biomarker precis și fidel al stării generale de sănătate, al imunității organismului și gradului de îmbătrânire a celulelor. Dezvoltat de doctori și fizicieni de la o universitate de renume din SUA, scanner-ul este primul și singurul din lume care măsoară nivelul de antioxidanți printr-un principiu non-invaziv care a primit premiul Nobel în 1930 - spectroscopia.

Această tehnologie este acum accesibilă și în farmaciile orădene selecționate.

Consumul de legume și fructe proaspete e obligatoriu pentru fiecare dintre noi. Aportul complementar de suplimente nutritive e uneori necesar. Scanner-ul biphotonic ne ajută să verificăm dacă tot ceea ce noi consumăm ne oferă o protecție antioxidantă corespunzătoare a organismului.

Trebuie să reținem faptul că sănătatea nu reprezintă doar absența bolii, ci este o consecință a tuturor deciziilor noastre în ceea ce privește propriul organism și ea nu are preț.



Alimente bin

*Dr. Serafinceanu Nakisa, medic specialist pediatrie
Centrul Medical Materno-Infantil Persepolis
www.persepolispediatrie.ro*

Zincul

Are rolul de ajutor molecular; este un mineral care are un rol esențial ca transportor al vitaminei A din ficat la retină, pentru a forma melanina, care protejează ochiul (deoarece vascularizația ochiului se află sub retină). Culoarea ochiului (a irisului) vine de la melanină - cei care au ochii de culoare deschisă nu au melanină, iar cei cu culoare închisă au mai multe melanină. Culoarea nedefinită a ochiului unui bebeluș (ochii de lapte) este nedefinită, pentru că organismul încă nu a produs melanină. Zincul se găsește în carnea roșie, pui, ficat, lapte, grâu și fasole.

Încă o dată ajungem la concluzia că avem nevoie de o dietă echilibrată, care să conțină toate grupurile de nutrienți esențiali, pentru a asigura sănătatea copiilor noștri.

Sugarii care sunt alăptați la sân au o vedere mai bună comparativ cu cei care sunt alăptați artificial, deoarece laptele matern conține mai mulți acizi grași polinesaturați cu lanț lung și, de asemenea, conține mai mulți acizi docosahexaenoici față de formulă. Însă, în orice lapte se află și vitamina A.

Vitamina A

Are funcție protectoare pentru vedere numai când este asociată cu grăsime. O parte din vitamina A este metabolizată în mucoasa intestinelor; apoi, prin intermediul chilomicronilor, ajunge la ficat și la alte țesuturi. O mare parte din vitamina A se stochează în ficat sub formă de esteri de retinol în anumite celule (celulele stelate). Retinolul este apoi transportat în sânge cu ajutorul unor prote-

Foto: Shutterstock

efăcătoare pentru ochi

ine numite retinol-binding protein (proteine de legare a retinolului).

Vitamina A care nu se absoarbe în intestine se excretează prin fecale, iar derivatele metabolice inactivate se elimină prin urină. Atunci când cantitatea ingerată de vitamina A este mică, eficiența de absorbție a vitaminei rămâne crescută, transportul său plasmatic rămâne normal, iar reciclarea și mecanismul utilizării vitaminei A sunt mai eficiente.

În cazul că ingestia vitamina A este peste necesarul organismului, absorbția ei scade, transportul său plasmatic rămâne același, reciclarea devine mai puțin eficientă, crește oxidarea vitaminei A, crește foarte mult excreția biliară și, la fel, eliminarea prin fecale și urină.

Deci, administrarea permanentă, continuă, a morcovului până la îngălbenirea copilului - sub deviza „morcovul ajută vederea” este incorectă.

Vitamina A are 2 roluri esențiale în metabolismul ocular. În primul rând, vitamina A lucrează ca un precursor al pigmentului vizual fotosensibil, care participă la inițierea stimulului neural din fotoreceptor; în al doilea rând, este necesară pentru celulele epiteliale conjunctivale și pentru formarea glicoproteinelor, care ajută la menținerea mucoasei conjunctivale și stromei corneale.

Annual, un sfert până la jumătate de milion de copii din lume prezintă keratomalacie și orbesc parțial sau total, îndeosebi în zonele sărace, precum Pakistan, Afganistan sau Egipt.

Avitaminoza A nu apare singură, ci este asociată de regulă cu malnutriție, îndeosebi la copii, care, din cauza unor maladii, sunt mai susceptibili la

infecții. Simptomele care apar sunt:

- dificultăți de vedere, mai ales seara, ca prim semn;
- xerofthalmie - uscarea conjunctivelor, keratomalacie (ulcerații corneale), nyctalopie (orbire seara), pete Bitot (leziuni conjunctivale). În țările sărace și femeile gravide suferă de orbire nocturnă;
- fotofobie (nu poate privi la lumină);
- roșeață;
- piele uscată și subțiată;
- diaree.

Unele infecții, precum rubeola, pot provoca avitaminoza A.

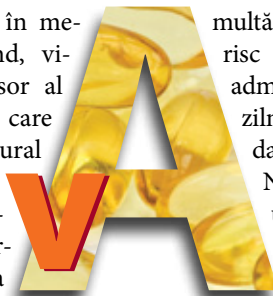
În concluzie, vitamina A este benefică pentru ochi, nu numai în cantitatea recomandată pentru vârstă, ci și, preferabil, prin dietă.

Femeile gravide nu pot să folosească prea multă vitamina A deoarece pot avea risc teratogen (malformații din cauza administrării vitaminei A), însă pot folosi zilnic, timp de 2 săptămâni, 10.000 ui dacă sunt suferinde de avitaminoza A.

Nou-născuții au nevoie doar de 50.000 ui, care se obțin dacă mama are o nutriție adecvată.

Sugarii până la un an au nevoie de 100.000 ui, la 4-6 luni, obținute din alimentație echilibrată, fără să apară carotenemie și împreună cu grăsimi esențiale.

Cei mai mari au nevoie de 200.000 ui, care, de asemenea se absorb prin alimentație echilibrată. Altfel, excesul de vitamina A, chiar din alimentație, poate să producă unele complicații precum: gastroenterite acute, retard de creștere, infecții, toxicitate în urma administrării orale de vitamina A.



Probleme care pot afecta sănătatea auzului femeilor

Procentajul femeilor care suferă de deficiențe de auz este în creștere, acest tip de afecțiune fiind una dintre cele mai neglijate probleme de sănătate.

Simțul auzului presupune un proces complex: undele sonore fac să vibreze membrana timpanului, apoi, prin intermediul osișoarelor din urechea medie, vibrația este transmisă printr-o altă structură membranoasă, fereastra ovală, către fluidele de la nivelul urechii interne, unde este transformată, de celule receptoare dotate cu cili, în influx electric și condusă la creier prin nervul auzului.

Acest proces poate fi afectat la niveluri diferite și din cauze multiple, de la infecții intercurrente, la boli inflamatorii cronice ale urechii, de la boli de sistem cu afectare otică la sindroame genetice, de la traumatisme la tumori, intoxicații, toate pot duce la scăderea auzului în diverse grade.

Una dintre bolile care afectează cel mai adesea femeile este otoscleroza, boală cu transmitere genetică, caracterizată prin apariția unei calcificări în zona ferestrei ovale, care împiedică transmiterea sunetelor de la timpan la urechea internă. Apare în general la maturitate (25-50 ani) și cauzează scăderea progresivă a auzului, afectând, de obicei, ambele urechi. Afecțiunea se manifestă lent, pe parcursul a 5-10 ani, ducând la hipoacuzia de transmisie și zgomote în urechi - acufene. Se știe că sarcina agravează sau predispozează la apariția bolii, factorii endocriini fiind cei care explică afectarea mai frecventă a femeilor.

Zgomotul este o altă cauză care poate duce la pierderea auzului, prin lezarea celulelor ciliate din urechea internă. Expunerea la un traumatism sonor izolat - de exemplu, un concert de muzică rock sau o seară în club -, poate determina doar o comotie a

celulelor receptoare, cu revenirea la normal a auzului după câteva ore sau zile. În schimb, femeile care lucrează permanent într-un mediu poluat sonor, țesătorii sau fabrici de confecții, sunt afectate definitiv. În asemenea cazuri se impune întreruperea expunerii sau măcar purtarea de antifoane, căști speciale ce izolează fonic.

Nervul auzului poate fi și el afectat în patologia inflamatorie (nevrite virale, bacteriene), tumorală (schwanoame), toxică (medicamentoase, metabolice), boli neurologice generale sau fracturi ce interesează baza de craniu și apare hipoacuzia, chiar dacă urechea medie și celulele ciliate sunt sănătoase sau doar parțial afectate.

Deși mecanismele pierderii auzului sunt extrem de variate, primul pas în diagnosticarea unei hipoacuzii, indiferent de cauză, este testarea auzului.

Dacă aveți impresia că nu înțelegeți bucăți dintr-o conversație, dacă trebuie să schimbați urechea la care țineți telefonul pentru a auzi mai bine sau dacă le cereți interlocutorilor deseori să repete ce au spus, decizia

de a merge la medic pentru a rezolva eventuale deficiențe de auz este foarte importantă pentru a evita agravarea problemelor.

În luna martie are loc o campanie de testare gratuită a auzului pentru toate doamnele și domnișoarele din țară, cu scopul de a le încuraja să urmeze pașii necesari pentru a avea un auz sănătos. Mai multe informații despre testarea gratuită și despre programări puteți afla sunând la numărul de telefon: 021-305.72.51.

*Dr. Gabriela Ciorbea, Medic primar ORL
Partener Centrul Medical Audio-Optica
www.audio-optica.ro
Telefon: 021-305.72.51*



Cauzele psihologice ale apetitului în exces



Psih. Mihaela Popa
Centrul de psihologie
și dezvoltare personală
Body Mind Spirit
www.bodymindspirit.ro

Hrana reprezintă viață și este, în egală măsură, legată de ideea de plăcere, de bucuria de a trai. Hrana îmi satisface nevoile fizice și emoționale, iar un exces poate să însemne că eu îmi doresc să am mai multă viață în mine, să umplu un vid interior.

Apetitul în exces demonstrează o insatisfacție profundă legată de dragoste, o foame de dragoste (sau o sete de dragoste), o nevoie de a diminua o tensiune sau, pur și simplu, o ocupație pentru a nu mă gândi la alte lucruri.

Apetitul în exces demonstrează că îmi judec sever propriile emoții. Evit să mă uit în interiorul meu și găsesc în hrană acel sentiment de libertate și de satisfacție dat de dorințele mele.

Dacă sufăr de hipoglicemie, aceasta este determinată de lipsa de bucurie din viața mea.

Sau, dacă am o dorință excesivă pentru dulce, aceasta îmi arată o nevoie evidentă de tandrețe și afecțiune.

La copii este foarte ușor să recunoști carențele lor afective atunci când ei își doresc numai dulciuri.

Indiferent dacă sunt un copil

sau un adult, întotdeauna inima mea de copil este cea lezată și dornică de mai multă dragoste, de mai multă afecțiune.

Ce ar trebui să fac pentru a-mi reduce apetitul?

În primul rând, să conștientizez că mâncatul în exces înseamnă dorința de recompensă sau de conso-lare. Și, cu această ocazie, să mă gândesc ce aș putea să fac pentru mine, pentru a mă recompensa altfel decât mâncând în exces. Poate mă simt satisfăcut de o plimbare în parc, de o discuție cu un prieten, de un film bun sau o carte interesantă; până și shoppingul este mai bun decât mâncatul în exces.

În al doilea rând, să-mi analizez relația de cuplu. Să conștientizez care sunt nevoile mele și în ce măsură sunt satisfăcute de partenerul meu de cuplu și să port o discuție sinceră, deschisă, despre ce am eu nevoie de la el și ce are el nevoie de la mine. Să fiu deschis în fața dragostei, pentru a găsi un echilibru, o comunicare veritabilă, o recunoaștere a mea, un schimb între ceea ce sunt și ceea ce am nevoie.

În al treilea rând, să fiu conștient că apetitul meu se echilibrează odată cu echilibrarea mea din punct de vedere emoțional. Dacă nu pot să mă echilibrez singur din punct de vedere emoțional, să apelez la un psihoterapeut specializat în probleme de greutate, pentru a-mi rezolva ușor și eficient problemele cu care mă confrunt.



Foto: Shutterstock

Scolioză

Georgescu Paul din București

Am și eu o problema de sănătate a fetei 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 amortește 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.

Dr. Tache Georgiana

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 medicinei. 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 membrilor 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.

Periartrită calcară scapulo-humerală

Doina Dumitrescu

Am fost diagnosticată cu periartrită calcară scapulo-humerală bilaterală, cu calcificări amorfice la nivelul burselor subacromiale bilateral. Ce tratament se poate urma?



Foto: Shutterstock

Dr. Carmen Logofatu

se poate începe cu un tratament fizioterapeutic, dar este posibil să nu răspundeți pozitiv la acel tratament și atunci se recomandă consultul ortopedic în vederea oportunității unui tratament chirurgical.

Sindrom de hiperlaxitate a ligamentelor

Elena Turcu din Ploiești

Am fost diagnosticată cu Sindrom de hiperlaxitate a ligamentelor de la genunchi, bilaterală. Am 25 de ani, am făcut 4 ani de sport de performanță (baschet), am 1.62 înălțime și 65 de kg. De mai bine de un an am dureri fff 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 an de zile, dar durerile nu au cedat ci s-au aplicat.

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.

A L M R



UMF

UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
TIRGU MUREȘ



SOCIETATEA ROMÂNĂ
DE
HEMATOLOGIE



IFCC

International Federation
of Clinical Chemistry
and Laboratory Medicine

7th Conference of the Romanian Association of Medical Laboratories with International Participation

In collaboration with
The Romanian Society of Microbiology
The Romanian Society of Hematology
University of Medicine and Pharmacy „Gr. T. Popa” Iași
University of Medicine and Pharmacy Tîrgu Mureș

Under the auspices of IFCC and EFCC

20 - 23 June 2012, Sinaia

Conference topics

- New biomarkers in laboratory medicine
- Markers in critical care and emergency medicine
- Age dependent changes in laboratory results
- Humoral and cellular immunomarkers in inflammatory and neoplastic pathology
- Anemic syndromes: diagnostic problems
- Harmonization of laboratory investigations in hemostasis
- New diagnostic approaches for evaluation and control of nosocomial infections
- Laboratory diagnosis of respiratory infections
- Advanced laboratory techniques
- Standardization and validation of diagnostic tests in clinical laboratory



Contact

Assistant professor Didona Ungureanu, Mobile: 0726 343 662.
Dr. Chim. Ileana Funduc, Phone/ Fax: +40 21 340 7668, Mobile: +40 724 210 670.

www.raml-conference.ro

22-23-24-25 Martie

Sala Polivalentă București

Zilnic între 10.00 și 19.00
(Duminică până la 16.00)

- Ediția 34 de Primăvară -

Clubul
Gravidei

BABY EXPO



Salonul dedicat nou-născutului,
Copiilor între 0-5 ani,
viitoarelor Mămici și tinerilor Părinți

www.babyexpo.ro



săptămăna
MEDICALĂ

Partener Media

- articole pentru nou-născuți • puericultura mică și mare • jocuri și jucării •
• îmbrăcăminte și încălțăminte • mobilier și decorațiuni •
- produse alimentare și de igienă • cosmetice • cărți și CD-uri educative •
- vestimentație pentru gravide • servicii de organizare botezuri și petreceri pentru copii •
• asigurări • centre medicale • grădinițe, etc.

Cea mai mare sărbătoare a Gravidelor și a Bebelușilor din România !