

167

FIN
WATCH

săptămâna

MEDICALĂ

Anul IX • Nr. 167 • Iulie 2013



Keratoconusul – riscuri și soluții

DIN SUMAR

Copiii au nevoie de vitamine? 10

Menține-te sănătos la locul de muncă 12

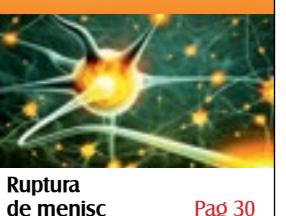
Dermatita peri-orală la sugari 22



Obezitatea – cea mai serioasă problemă de sănătate Pag 8



Dezechilibre ale florei intestinale Pag 14



Ruptura de menisc Pag 30

ARCE 2013

Organizatori

Asociația Română
pentru Chirurgie
Endoscopică și
alte Tehnici
InterventionaleSocietatea Română
de ChirurgieAsociația Română
de Tratament
Complex al
ObesitățiiSocietatea Română
de Terapie
IntensivăSocietatea Română
de Chirurgie Minim
Invasive în GinecologieSocietatea Română
de Chirurgie
PediatricăSocietatea Română
de Endoscopie
DigestivăSocietatea Română
de RadiologieSocietatea Română
de CălormecologieAsociația Română
de Chirurgie
Pediatrică
Minim Invasive

Al VII-lea Congres Național al Asociației Române pentru Chirurgie Endoscopică

Al V-lea Simpozion Național de Chirurgie Bariatrică și Metabolică

Cursuri pre-Congres

*"Setting up Standards in Minimally Invasive Surgery.
Better Results for our Patients"*



21-23 noiembrie 2013
World Trade Center, București

Management Congres:



Ralcom Exhibitions srl
Str. Răspărăilor 20A, 020548 București - 2, România
Tel.: +40 21 210 59 14, 212 27 02, 210 65 40;
Fax.: +40 21 212 27 02

www.arcecongres.ro

DERMOBACTER® 300 ml

O armă contra infecțiilor pielii și a mucoaselor!

Laboratoire INNOTECH International - Franța, are în portofoliu un produs de top în lupta cu microbii: DERMOBACTER® 300 ml, soluție cutanată, antiseptic bactericid cu spectru larg, indicat pentru realizarea antisepsiei și tratamentul adjuvant al afecțiunilor cutaneo-mucoase de etiologie bacteriană primară sau care se pot suprainfecta.

Dermobacter® se poate utiliza ca agent antimicrobian în infecții bacteriene și fungice ale pielii și mucoaselor, atât la copii cât și la adulți.

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

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

Clorura de benzalconiu:
Spaima bacteriilor

Clorura de benzalconiu (derivat cuaternar de amoniu): este un bactericid, virucid și fungicid cu efect asupra:

- Germenilor Gram + (Gram pozitivi), cum sunt: Stafilococul auriu (*Staphylococcus aureus*), Streptococci (*Streptococcus*), Corynebacterium;
- Germenilor Gram – (Gram negativi), cum sunt *Neisseria gonoreea*, *Proteus*, *Klebsiela*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma*, inclusiv *Pseudomonas aeruginosa*;

Acest medicament se poate elibera fără prescripție medicală. Se recomandă citirea cu atenție a prospectului sau a informațiilor de pe ambalaj. Dacă apar manifestări neplăcute, adresați-vă medicului sau farmacistului. Viza de publicitate nr. 85/26.03.2013



1913-2013

100 Years
for Good Health

Laboratoire INNOTECH International
Reprezentantă pentru România
Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Et. 2, Ap. 3, Sector 1, București
Tel: 021 230 20 44, Fax: 021 23020 47
e-mail: innotech.romania@innothera.com

- Bacteriilor transmise pe cale sexuală: *Trichomonas vaginalis*, *Chlamidia*;
- Fungilor (ciuperci sau micoze): *Candida albicans*;
- Virusurilor: HIV, Simplex herpes (HSV2), Cytomegalovirus (CMV).

Clorhexidina: antiseptic din familia biguanidelor

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

Dermobacter® dezinfecțează într-un minut!



Promisiuni multe, finalizări puține

Iată câteva proiecte de reformă din Sănătate anunțate de ministerul de resort a fi lansate sau a intra în dezbatere publică în luna iulie și a căror rezultat este să asigure îmbunătățirea calității serviciilor medicale:

- proiectul Legii Malpraxisului, prezentat deja de către secretarul de stat Dr Raed Arafat (prin care: pacienții pot soluționa litigiul amiabil în cel mult săse luni și pentru prima dată ei vor avea acces la documentele medicale ale cazului, până acum acestea putând fi date numai la cererea instanțelor; cuantumul daunelor morale va fi plafonat; medicii pot fi asigurați pentru daune atât materiale cât și morale)
- proiectele de legi privind statutul spitalelor (private și publice) și salarizarea personalului medical (în funcție de performanță)
- clarificarea tuturor problemelor referitoare la Directiva privind medicina transfrontalieră (normele privind accesul la asistență medicală în ansamblul Uniunii Europene și de rambursare a costurilor)
- modificarea modului de stabilire a prețului la medicamentele din import (astfel încât exportul paralel să fie descurajat)
- suplimentarea, cu molecule noi, a listei de medicamente compensate și gratuite
- stabilirea priorităților de investiție pentru infrastructura necesară afecțiunilor oncologice, dar și pentru medicina primară și ambulatoriu (pentru anumite zone geografice defavorizate)
- proiectele privind parteneriatele public private pentru construcția de spitale (soluție îmbrățișată de majoritatea statelor membre UE pentru dezvoltarea infrastructurii publice, construcția de școli, spitale sau închisori, dar și pentru prestarea serviciilor sociale).

Călin Mărcușanu

săptămâna
MEDICALĂ

Cuprins

Obezitatea

- cea mai serioasă problemă de sănătate publică a secolului 21 6
- Copiii au nevoie de vitamine? 8
- Crescerea imunității
- cu ajutorul produselor naturale 9
- Menține-te
- sănătos la locul de muncă 10
- Dezechilibre ale florei intestinale 12
- Angio-ct coronarian
- (coronarografie non-invazivă) 14
- Dermatita peri-orală la sugari 20
- Conjunctivita acută 22
- Keratoconusul – riscuri și soluții 24
- Posibilități de detectare și recuperare precoce ale hipoacuziei (I) 26
- Ruptura de menisc – programul de recuperare 28
- Educarea terapeutică buco-facială la copilul cu disabilități neuro-motorii 30
- Stresul, cea mai periculoasă epidemie a timpurilor noastre 32
- Modificări neuroendocrine în tulburările de comportament alimentar 33
- Căt la sută din substanța cerebrală folosim zi de zi? 34

EDITOR Alea 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

Dermatix® ULTRA

Standardul de aur in tratarea cicatricilor!



**Dermatix®
ULTRA**

DERMATIX® Foiță siliconată transparentă



DERMATIX® Foiță siliconată cu textură



DERMATIX® Ultra Gel



Dermatix este folosit si recomandat de catre chirurgii plasticieni, dermatologii si specialistii de top din toata lumea, deoarece trateaza si reduce in mod eficient cicatricile.

Este dovedit clinic ca inmoiaie, aplatizeaza si netezeste cicatricile, atenuaza mancarimile, durerile si discomfortul asociat acestora. Dermatix este usor de aplicat pe toate zonele corpului, inclusiv pe fata, incheieturi si alte parti ale pielii.

Referinte: Mustoe TA et al. Plast Reconstr Surg 2002;110:560-571

MEDA

Reprezentanta Meda Pharmaceuticals Switzerland GmbH,
Calea Floreasca 141-143, Bucuresti
Tel: 021 230 90 30

Înainte de utilizare citiți cu atenție prospectul!
Despre indicații, efecte adverse, precauții,
consultați medicul sau farmacistul.

Obezitatea – cea mai serioasă problemă de sănătate publică a secolului 21

Conf Dr. Gabriela Roman - UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, Președinta Asociației Române pentru Studiul Obezității, Vice-Președintă Asociației Europene pentru Studiul Obezității - Regiunea Centrală

Organizația Mondială a Sănătății estimează că aproape 180 milioane de oameni din lumea întreagă suferă de diabet zaharat, iar tipul 2 de diabet reprezintă circa 90% din totalitatea cazurilor. Obezitatea este responsabilă de creșterea numărului de îmbolnăviri sau există multe alte alte fenomene metabolice care provoacă această afecțiune?

Obezitatea reprezintă una dintre cele mai serioase probleme de sănătate publică ale secolului 21. În ultimele 2-3 decenii, prevalența obezității s-a triplat în multe din țările Europene și continuă să crească, afectând populații cu vârste tot mai mici. Conform datelor O.M.S., la nivel mondial, peste 1,6 miliarde de adulți sunt cu supragreutate și 400 milioane cu obezitate. Se estimează că în următorii 15 ani se va ajunge la 2,3 miliarde de adulți cu supragreutate și la peste 700 milioane cu obezitate. În Europa, 20-25%, respectiv peste 150 milioane de adulți au obezitate. În România, prevalența supragreută-

tăii și obezității se situează între 30 - 45% din populația adultă.

Există multe mituri legate de obezitate și diabet, cum ar fi cel al dulciurilor, stresului, al moștenirii genetice. Sunt „demne” de luat în seamă sau sunt și alți factori de risc?

Cauzele obezității sunt multiple și rezultă din combinarea nefastă a predispoziției genetice cu stilul de viață nesănătos, în condițiile unui ambient ce favorizează alimentația excesivă, lipsa de mișcare și insuficientă informare a populației.

Obezitatea este o boală cronica, agresivă prin complicațiile multiple pe care le generează și extrem de costisitoare prin intervențiile complexe pe care le necesită.



Obezitatea și diabetul tip 2 sunt în așa mare măsură asociate, încât lumea medicală a introdus în vocabularul său curent noțiunea de „Diabeziat”. Vă rog să detaliați.

Patologia metabolică, reprezentată în principal de diabetul zaharat tip 2, și patologia cardiovasculară sunt asocieri clasice ale obezității. În mare parte, epidemia de diabet zaharat tip 2 din prezent urmează creșterea dramatică a prevalenței obezității în deceniile precedente. Federația Internațională de Diabet recunoaște că la nivel mondial sunt 285 milioane de persoane implicați în generarea riscului de obezitate, patologie metabolică și cardiovasculară și optimizarea asistenței medicale în acest domeniu. Doar acțiunile concertate și programele structurate ce implică diverse sectoare guvernamentale, sectorul privat, producătorii din industria alimentară, mass-media și comunitatea, vor avea şanse de reușită în stoparea creșterii ponderale și reducerea riscului metabolic și cardiovascular.

În fața acestor cifre și a realității devastatoare reacția trebuie să fie „agresivă”, „intensivă” și „susținută”.

Cât de importante sunt educația și prevenția în ceea ce privește incidența obezității și a diabetului zaharat în rândul copiilor și tinerilor? Cine este responsabil de această prevenție și care sunt recomandările pentru adoptarea unui stil de viață sănătos? Ce programe există în acest sens?

Prevenția obezității, în primul rând, și controlul terapeutic al acesteia, alături de toți factorii de risc cardiovascular sunt acțiuni ce trebuie să preocupe toate departamentele politice, economice, sociale și medcale, atât la nivel național cât și internațional. Acest lucru se și întâmplă în majoritatea țărilor dezvoltate, care au deja în desfășurare o serie de programe care vizează, pe de o parte, educarea populației și promovarea la acest nivel a stilului de viață sănătos și, pe de altă parte, modificarea factorilor de mediu implicați în generarea riscului de obezitate, patologie metabolică și cardiovasculară și optimizarea asistenței medicale în acest domeniu. Doar acțiunile concertate și programele structurate ce implică diverse sectoare guvernamentale, sectorul privat, producătorii din industria alimentară, mass-media și comunitatea, vor avea şanse de reușită în stoparea creșterii ponderale și reducerea riscului metabolic și cardiovascular.

O condiție esențială în prevenția și controlul patologiei cardiometabolice este permanenta informare și perfecționare a tuturor celor implicați în asistență medicală atât de complexă a acestei patologii complexe.

Federația Română de Diabet are o strategie pe termen mediu și lung în profilaxia celor două afecțiuni? De asemenea, vă rog să ne spuneti care sunt nouătile pe care le veți aborda în cadrul Congresului național de obezitate de la Cluj?

Permanenta adaptare a metodelor terapeutice și combinarea pe termen lung a optimizării stilului de viață cu farmacoterapia specifică și consacrată și cu terapia comportamentală sunt acțiuni obligatorii în cadrul managementului clinic structurat, corect aplicat. Cunoașterea și înțelegerea mecanismelor complexe ce stau la baza dezvoltării obezității și patologiei asociate vor susține aplicarea managementului clinic bazat pe dovezi, singurul cu șanse reale de reușită. Aceasta este și dorința organizatorilor celui de al 5-lea Congres Național de Obezitate cu tema „Obezitatea, Sindromul metabolic și Diabetul zaharat tip 2”, organizat de Asociația Română pentru Studiul Obezității, cu sprijinul Federației Române de Diabet, Nutriție, Boli Metabolice și al Universității de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, desfășurat în perioada 3-5 Decembrie 2009, la Cluj-Napoca. Manifestarea științifică își propune să abordeze problematica obezității din prisma asocierilor morbide complexe ce includ diabetul zaharat tip 2, riscul cardiovascular, oncogen, osteoarticular, respirator și obstetrical, precum și modalitățile moderne de abordare terapeutică ale acestor patologii.



Copiii au nevoie de vitamine?

„Conform ultimului studiu privind automedicația în cazul copiilor, dintre toate categoriile de medicamente pe care părinții le administreză copiilor fără recomandarea medicului, 61% sunt vitamine sau suplimente alimentare. Este un procent îngrijorător, pentru că, deși pot fi ușor cumpărate din magazinele naturiste sau din farmacii, fără prescripție medicală, acestea pot fi dăunătoare în aceeași măsură în care pot fi benefice. Vitaminele și suplimentele trebuie considerate medicamente, de aceea recomandăm părinților să ia legătura cu pediatrul înainte de a le administra celui mic. Medicamentele nu sunt bomboane.

Există o reglementare referitoare la administrarea vitaminelor fetalelor însărcinate și copiilor în primii ani de viață. Obstetricianul și medicul de familie recomandă gravidei vitaminele utile unei bune evoluții a sarcinii și profilaxiei răhitismului la copil. Sunt scheme foarte bine stabilite pentru diferite situații. În țara noastră se recomandă administrarea vitaminei D într-un regim special, care trebuie atent supravegheat și respectat. Erorile pot avea percutiuni nedorite: răhitismul, în carență sau hipervitaminoza D, care este gravă deoarece afectează rinichii. Chiar forma de administrare contează, spre exemplu, în cazul gravidelor, forma injectabilă poate determina afecțiuni cardiace la nou-născut. Acestea sunt doar câteva exemple care să convingă mamele că un sfat autorizat este foarte util.

Numai medicul pediatru poate determina dacă cel mic are într-adevăr nevoie de suplimente alimentare și vitamine.

„Dacă un copil crește în greutate conform vârstei lui, dacă hrana lui este diversificată și cuprinde toate alimentele necesare, (legume, fructe, carne, ouă), dacă este un copil activ, atunci nu are nevoie de suplimente alimentare sau de vitamine. În condiții de boală însă, suplimentările vitaminice trebuie alese doar de medic. Spre exemplu, numai el ar putea să ajunge. Au diferite forme, aromă, culori și pot fi faptul că utilizarea substanțelor antitermice nece-

sită și o suplimentare de vitamine din grupul celor antioxidantă, cum este vitamina C.

Vitaminele pot fi clasificate în vitamine hidrosolubile și liposolubile. Cele liposolubile pot determina intoxicații grave, tocmai de aceea pediatrul este singurul în măsură să recomande folosirea acestora. De exemplu, asocierea între vitamina D și E și acizii grași Omega 3 este benefică în bolile pulmonare, dar orice alte asociații haotice pot dăuna. Mai mult, tipul de suplimente și cantitatea acestora diferă de la vîrstă la vîrstă; astfel pot apărea efecte adverse dacă un copil de 2 ani primește cantitatea de vitamine necesară unui copil de 4 ani. Respectarea dozei zilnice recomandate este esențială și doar medicul o cunoaște.

Părinții administreză de multe ori produse care asociază vitamina D și vitamina A, dar o cantitate prea mare de vitamina A poate fi cauza unor semne neurologice grave. Aparent inofensive, extrem de utile, aceste amine active, vitale (de aici și numele lor de vitamine) trebuie utilizate rațional. Vitaminele și suplimentele alimentare sunt disponibile pe piață în diferite forme, în diferite concentrații, sunt de calitate și prețuri foarte diferite, astfel încât singurul criteriu pe care îl pot avea în vedere părinții, este sfatul medicului pediatru. El știe cel mai bine ce suplimente alimentare sau vitamine să recomande dacă este cazul.

Un ultim aspect foarte important este acela de a nu lasa vitaminele acolo unde cei mici pot repezeala. Au diferite forme, aromă, culori și pot fi

Creșterea imunității cu ajutorul produselor naturale

lipsesc în nicio zi băuturile acidulate. Pentru cea mai mică viroză apelează la antibiotice, chiar dacă nu sunt recomandate. Pentru cea mai mică durere ia antiinflamatoare, antialgice. În plus, omul modern trăiește într-un mediu tot mai poluat, fumează tot mai mult. Un asemenea mod de viață înseamnă automat scăderea imunității. Aproape 70% dintre români iau antibiotice fără prescripție medicală, încă de la primele semne ale unei răceli. Foarte multe persoane recunosc că iau antibiotice cel puțin o dată pe an. Consecințele abuzului de antibiotice sunt distrugerea florei intestinale, scăderea imunității, insensibilitate la antibiotice. Eliminarea acestor factori se poate realiza în primul rând prin corectarea modului de viață, mese regulate, mișcare, renunțare la fumat, reducerea consumului de alcool dar și printr-un aport în dieta zilnică de produse naturale de tipul suplimentelor alimentare.

Aceste suplimente nutritive sunt ușor rezorbabile și au multiple avantaje pentru sănătate pe termen lung: conțin substanțe bioactive care contribuie la corectarea funcțiilor unor organe vitale precum inima, ficatul, creierul etc., sporesc rezistența la efort prin aport energetic, susțin funcțiile metabolice ale organismului.

În nivel celular, în general prin efectele lor antioxidantă, suplimentele alimentare au pe termen lung rezultate miraculoase, unele cunoscute de mult în popor. Uleiul de cătină este știut ca factor de protecție a ficatului, prin acțiunea de detoxifiere și troficitate a celulei hepatice. Produsele naturiste obținute din muguri de brad alb stimulează formarea de țesut osos și au efect de fixare a calciului în oase, cele din mlădițe de măceș au acțiune antiinflamatoare, iar cele din muguri de coacăz negru stimulează secreția unor hormoni cu proprietăți antiinflamatorii și antialergice, crește rezistența la frig.

Exemple de acest fel demonstrează că natura este un imens laborator, din păcate insuficient explorat, cunoscut și valorificat, și conform unei vechi credințe în medicina tradițională,

„natura mamă are tot atâtea leacuri câte boli”.

Dr. Clara Patrugan, medic familie
cu competență în apifitoterapie

Menține-te sănătos la locul de muncă

Petrecem aproape o treime din viață la locul de muncă, timp în care de cele mai multe ori ne ignorăm sănătatea. Fie că avem un job sedentar, ce necesită perioade lungi de seuzat la birou, în fața monitorului, sau un job care ne ține ore lungi în picioare, putem urma o serie de reguli simple pentru a ne îngriji trupul și mintea.

Începe ziua activ

Dacă nu ai avut timp să-ți faci încălzirea de dimineață nu e nici o problemă. **Poți începe ziua activ parcând cât mai deosebit posibil de locul de muncă sau coborând din mijloacele de transport în comun cu o stație înainte de destinație.**

Regula celor 10 minute pe oră

Încearcă să nu petreci mai mult de o oră pe scaun fără să te ridici, de preferință pentru 5-10 minute. Programează-ți câte o ieșire la copiator sau transmite-i personal un mesaj colegului în loc să îi trimiți un email, timp în care poți să îți destinzi mușchii și să te relaxezi. În cazul în care nu poți face acest lucru poți opta pentru exerciții statice sau îți poți schimba scaunul cu o minge specială sau cu o pernă care te obligă să îți ajustezi în permanență mușchii spatelui și cei fesieri. **Extrem de importantă pentru sănătatea spatelui este și poziția la birou. Lipetește-ți spatele de spătar, ține genunchii la 90 de grade, coatele pe suporturile scaunului și privirea perpendiculară pe monitor.**

Menajează-ți ochii

Ochii sunt printre cele mai afectate organe atunci când vine vorba de munca ore în sir în fața computerului, iar printre simptome se numără vederea prin ceată sau dublată, imposibilitatea de a te concentra pe text, durerile de ochi, uscăciunea ochilor și durerile de cap.

Dincolo de pauzele pe care ar trebui să le iei pentru relaxare, trebuie să te asiguri și de o serie de alți factori care pot afecta vedere. **Asigură-te că iluminatul din birou este optim** – este de preferat lumina naturală, iar în caz contrar încearcă să ajustezi iluminatul pentru ca acesta să nu fie nici prea puternic dar nici prea slab. Regleză setările monitorului pentru ca acesta să fie adaptat la tipul de job pe care îl ai. Majoritatea monitoarelor moderne au setări pentru modul Text sau Internet, unde contrastul și luminozitatea sunt mai blânde cu ochii.

Menținerea constantă a focusului pe o zonă fixă, obosește mușchii oculari. Încearcă periodic să te joci cu focalizarea ochilor, întind obiecte foarte apropiate sau obiecte din depărtare.

Atenție la mâncare

Ar fi perfect să îți aduci zilnic o caserolă cu mâncare sănătoasă, gătită, pentru pauza de masă, însă în cazul în care nu reușești să reziste tentației de a-ți potoli foame cu snack-uri ne-sănătoase sau junk food. Nici hidratarea nu trebuie ignorată – consumul total de apă recomandat pe zi este de 2-3 litri. **Începe ziua cu o cană de ceai verde și menține-te apoi hidratat cu apă**, de preferință plată, la temperatură camerei. Încearcă să eviți consumul excesiv de cafeină.

Oxigenează-ți creierul

O încăpere bine oxigenată este ideală pentru a te menține activ și productiv. Chiar dacă prea puțini dintre noi își permit să lucreze la umbra unui copac, **poți să te asiguri că încăperea se bucură de suficient aer proaspăt**. Aerul condiționat reprezintă o altă problemă în special acum pe timp de vară. Temperatura optimă la care acesta trebuie setat este de 24-25 de grade. Valori mai scăzute pot cauza un șoc termic și stresa organismul. Nu trebuie să uităm nici de curățarea periodică a acestuia, deoarece poate deveni rapid o sursă de bacterii și alergeni.

Încearcă să eviți pe cât posibil stresul, considerat una dintre cele mai nocive maladii ale societății moderne. Dacă nu reușești să te ferești de stress la lucru, fă tot posibilul să uiți complet de el atunci când revii acasă.

Florina Zaro, Asist. Farmacie,
www.farmacia3.ro

Pharmatex® Cremă, beneficiile contraceptiei locale

Pharmatex® Cremă este un medicament indicat în contracepția locală, fără limite legate de vîrstă, de condițiile fiziologice sau de o patologie medicală, fiind recomandată de Organizația Mondială a Sănătății ca metodă contraceptivă ce poate fi utilizată fără nicio restricție medicală.

Pharmatex® Cremă conține **clorură de benzalconiu**, care este o substanță spermicidă și antisепtică. Protecția este imediată și durează cel puțin 10 ore.

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

- când există o contraindicație temporară sau definitivă pentru contracepția orală sau cu dispozitiv intrauterin (DIU);
- după naștere, în timpul alăptării sau pre-menopauzei;
- când este nevoie de contracepție episodică;
- în cazul folosirii contraceptiei orale, în cazul în care s-a omis sau s-a întârziat administrarea unei doze; în acest caz se recomandă asocierea celor două metode de contracepție în intervalul rămas până la aparitia săngerării menstruale.
- în asociere cu contracepția locală prin DIU, în special în timpul administrării regulate a anumitor medicamente, cum ar fi antiinflamatoare nesteroidiene (AINS).¹

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

Pharmatex® Cremă poate fi folosit de toate femeile, inclusiv acele femei care au boli cardiovasculare (ca hipertensiunea arterială), tulburări metabolice (hiperlipidemie, diabet, etc), boli hepatice, cancer mamă și cel de col uterin, adică femeile care au contraindicații la pilule contraceptive sau dispozitive intăuterine.

Clorura de benzalconiu este o substanță spermicidă și antisепtică. Studii făcute in vitro arată că produsul este activ pe un anumit număr de agenți infecțiosi responsabili pentru bolile transmisibile

pe cale sexuală, în special: gonococi, chlamydi, herpes virus tip 2, HIV, Trichomonas vaginalis, stafilococ auriu. Nu se produc modificări ale florei saprofite iar bacilii Döderlein nu sunt influențați.¹

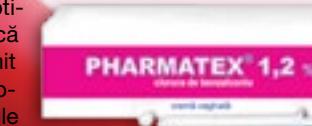
Pentru a nu se inactiva efectul contraceptiv, nu se recomandă asocierea altor medicamente administrate pe cale vaginală (antifungice, antitricomonazole, antibacteriene, antiseplice, antiherpetice, produse cu administrare locală ce conțin estrogeni) deoarece orice tratament local pe cale vaginală poate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

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

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

Dacă se dorește o metodă contraceptivă fără efecte adverse sistemică, fără contraindicații*, care respectă flora vaginală și lactobacilii, alegeți Pharmatex® Cremă vaginală!

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



Acest medicament se poate elibera fără prescripție medicală. Se recomandă citirea cu atenție a prospectului sau a informațiilor de pe ambalaj. Dacă apar manifestări neplăcute, adresați-vă medicului sau farmacista lui. Viza de publicitate nr. 134/08.05.2013

Dezechilibre ale florei intestinale

În condiții normale, flora intestinală umană are cam aceeași componență, fapt care dă o stabilitate mediului intestinal și proceselor de digestie de la acest nivel.

In unele situații, pot să apară dezechilibre ale florei intestinale, mai mult sau mai puțin prelungite, mai mult sau mai puțin grave.

Flora intestinală distrusă?

Foarte mulți utilizatori caută pe net sintagma "flora intestinală distrusă".

De fapt, rareori se întâmplă ca flora intestinală să fie distrusă total, de obicei apar dezechilibre ale florei intestinale.

De ce apar dezechilibre ale florei intestinale?

Uneori, rar, pot să apară unele dezechilibre între diferitele specii de microorganisme din intestin: unele scad numeric iar altele se înmulțesc peste măsură, iar în urma acestui dezechilibru rezultă efecte datorate atât lipsei cât și excesului menționat al microorganismelor.

Sunt multe persoane îngrozite că au "distrugerea florei intestinale" (fără să știe prea bine nici ce este flora intestinală sau ce rol are, și nici cine a distrus-o), și fac eforturi, uneori desperate să o "refacă".

Principalele cauze care pot duce la dezechilibre ale florei intestinale normale sunt:

- Consumul excesiv de antibiotice mai ales pe cale orală (bucală) – cu apariția aşa-zisei colite de antibiotice.
- Administrare de citostatice.

florei intestinale

Flora intestinală dă simptome?

Simpla prezență a florei intestinale nu dă nici un fel de simptom, este o situație normală, în schimb, dezechilibrul ei poate da unele simptome.

Simptome

Simptomele pot fi numeroase, dar nu sunt specifice, putând să apară și în alte boli ale tubului digestiv sau boli extradigestive: Balonare abdominală; Diaree sau constipație; Dureri/crampe intestinale

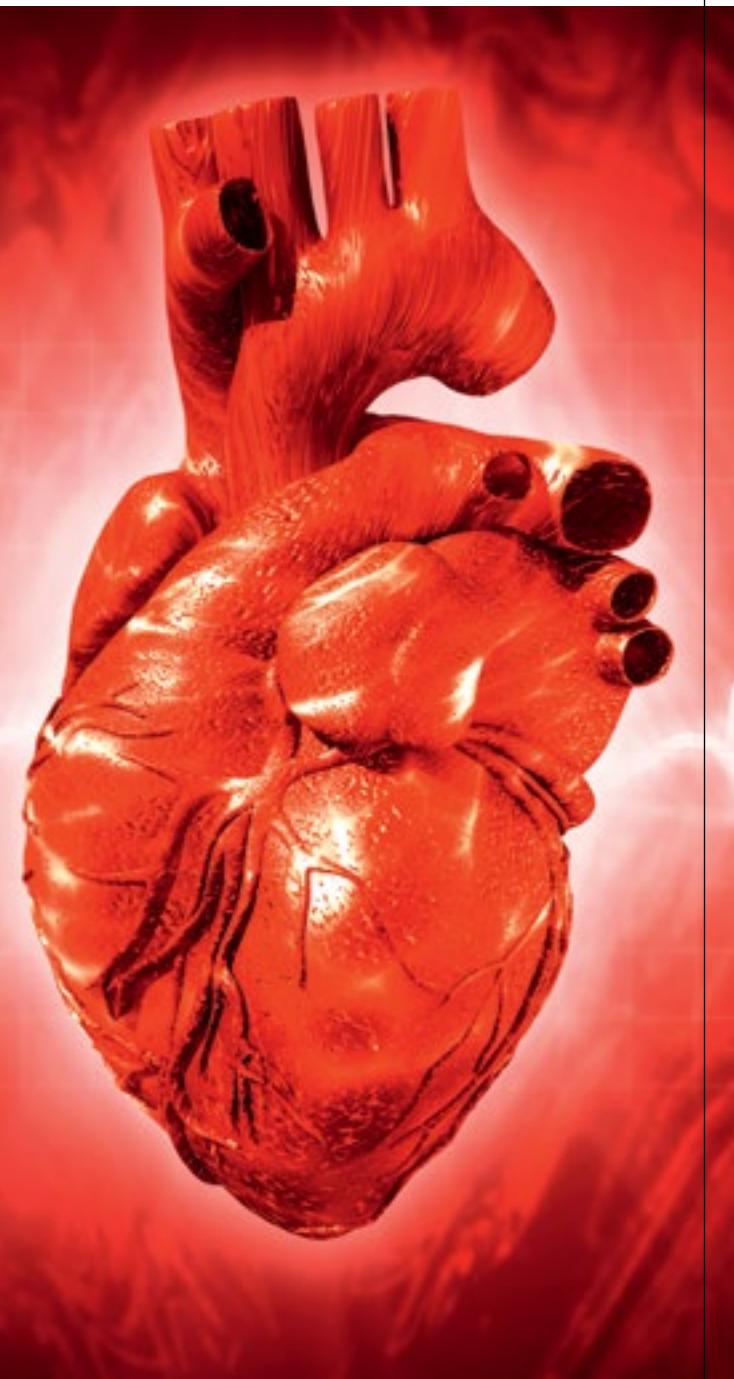


Angio-CT coronarian (coronarografie non-invazivă)



Bolile cardio-vasculare reprezintă prima cauză de morbiditate și mortalitate în țările dezvoltate. Un diagnostic precoce, cu costuri cât mai mici, a fost necesar, ceea ce a condus la dezvoltarea atât a tehnicilor de examinare imagistică, cât și a aparatului medical, punându-se accent în ultima perioadă pe examinarea Computer Tomografică, și pe Rezonanța Magnetică cardiacă.

Examinarea angio-CT multislice este o metodă imagistică de ultimă generație, non invazivă, care pune în evidență arterele coronare. Acest lucru a fost posibil după introducerea gatingului EKG, și a apariției tehnologiei „multislice”. Metoda evidențiază anatomia arterelor coronare și



eventualele anomalii de origine coronariană, prezența și gradul stenozelor coronariene, calcificările parietale (scorul de calciu), evaluarea By-pass-urilor și patența stenturilor, evaluarea funcției ventriculului stâng, malformațiile cardiace, dar și funcționalitatea protezelor valvulare.

Studiile efectuate de diversi autori au arătat că metoda are 96% sensibilitate, 74 % specificitate, 83% valoare predictivă pozitivă, dar 94% valoare predictivă negativă (Gilbert L. Raff, Journal of Cardiovascular Computed Tomography, 2007, 73-77).

Angiocoronarografia CT este indicată la pacienți asimptomatici cu risc mediu cardiovascular, la cei cu antecedente familiare de afecțiuni coronariene, în studiul by-pass-urilor și a permeabilității stenturilor, la pacienți cu simptome atipice sau cu test de efort neconcludent. Ca orice metodă de investigație are contraindicații absolute și limite: frecvența cardiacă crescută peste 70 bătăi /min, fibrilația atrială, sarcina, calcificările parietale masive (scor de calciu mai mare de 1000), pacienți necooperanți care nu mențin apnea impusă de examinare sau în cazul de alergie la substanța de contrast iodată.

Un rol deosebit în obținerea unor rezultate pozitive îl are pregătirea corecta a pacientului pentru această examinare: cu 24 de ore înainte de examinare sunt contraindate cafeaua, băuturile care conțin cofeină, ceaiul negru și sucurile energizante. Pacientul nu trebuie

să manânce cu 4 ore înainte de examinare, i se administrează Medrol per oral 32 mg cu 12 ore înaintea examinării, doza care se repetă cu 2 ore înainte. Abordul venos este de asemenea important deoarece se injectează soluție iodată cu un debit mare de 5 ml / secundă, 70-90 ml. Anamneza pacientului este de asemenea importantă, prezența stenturilor sau a grafturilor implicând alegerea protocolului de examinare.

Scorul de calciu

Acesta este un marker indirect de încărcare aterosclerotă a arterelor coronare, calcificările coronariene fiind un semn precoce de boală coronariană

(scorul de calciu având valoare diagnostică înaintea apariției primelor semne sau simptome de ischemie miocardică). Scorul Agatston se calculează după întinderea și densitatea leziunilor în raport cu aria CT examinată. Se determină prin explo-

rage CT nativă, este o metodă simplă, non invazivă, cu durată scurtă și iradiere minimă, utilă la pacienții cu risc intermediar de infarct sau deces (risc de 1-20% după scorul Framingham). Metoda nu este justificată la pacienții cu risc sub 10 %, nu evaluatează plăcile moi, nu distinge placa stabilă de placa instabilă și nu este proporțională cu severitatea stenozei.

O indicație cu totul deosebită a angiocoronarografiei-CT este la pacienții cărora nu li se poate efectua coronarografie clasică invazivă sau la care coronarografia este incertă.

Figura1: Pacient M, 63 ani, cunoscut cu anevrism gigant de aortă ascendentă toracală, cu insuficiență aortică severă, insuficiență ventriculară stângă de repaus, HTA și dislipidemie. Examinarea angiocoronaro-CT evidențiază dilatație anevrismală importantă a aortei ascendente, inclusiv a rădăcinii aortice, circulație coronariană cu dominanță stânga, cu aspect

Risc scăzut de apariție al unor incidente cardiaice în următorii 2-5 ani.

1 - 10: Prezența unor modificări foarte precoce de afectare coronariană, cu risc minim de apariție al unor incidente cardiaice.

11 - 100: Există modificări precoce ale arterelor coronare, cu risc moderat de apariție al unor incidente cardiaice în următorii 2-5 ani.

101 - 400: Prezența unor modificări semnificative de afectare coronariană, cu risc mediu spre mare de apariție al unui incident cardiac în următorii 2-5 ani.

Peste 401: Prezența unor modificări avansate de afectare coronariană, cu risc major de incidente cardiaice. Simptome majore de obstrucție coronariană semnificativă.

Valoarea negativă a scorului de calciu se asociază cu o probabilitate extrem de redusă a stenozei (sub 1 %), dar nu o exclude.

O indicație cu totul deosebită a angiocoronarografiei-CT este la pacienții cărora nu li se poate efectua coronarografie clasică invazivă sau la care coronarografia este incertă.



Figura 1a



Figura 1b

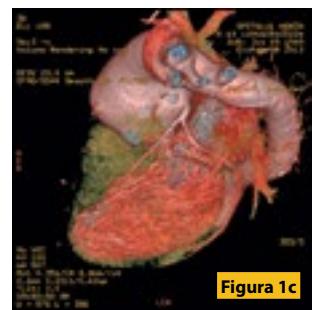


Figura 1c



Figura 1d

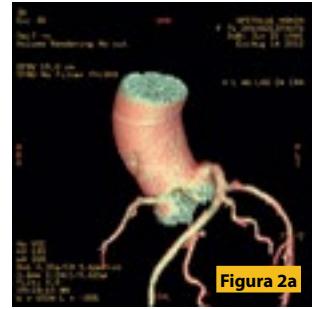


Figura 2a

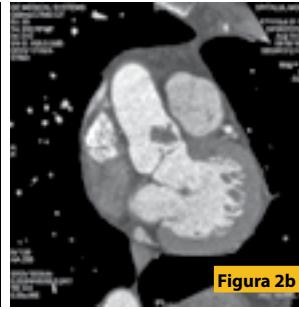


Figura 2b



Figura 2c

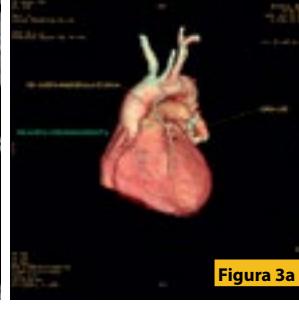


Figura 2d

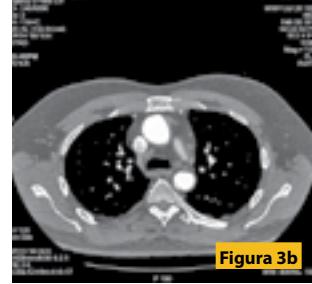


Figura 3a

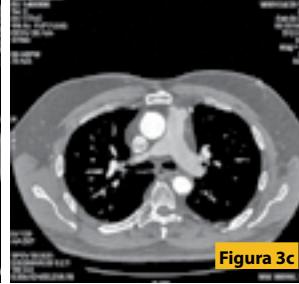


Figura 3b



Figura 3c

hipoplazic al arterei coronare drepte. Fără stenoze semnificative la nivel coronarian.

Figura 2: Pacient F, 71 ani, cunoscută cu proces expansiv de valvă aortică, cu anevrism septal interatrial permeabil, HTA stadiul II. Examinarea angiocoronar-CT efectuată înaintea intervenției chirurgicale arată o circulație coronariană cu dominanță stângă, fără stenoze semnificativă la nivelul arterelor corona-re, precum și procesul expansiv de la nivelul valvei (defect de umplere cu contururi neregulate, cu dimensiuni maxime de 16/13 mm, localizat la nivelul valvei aortice cu infiltrarea cuspei drepte). Examenul histopatologic a stabilit diagnosticul de fibroelastom.

Figura 3: Pacient M, 60 ani, cunoscut cu by-pass aortocoronarian, cu dureri anginoase reapărute în ultimile 4 luni, cu mulți factori de risc cardio-vasculari: diabet zaharat, hipertensiune arterială, dislipidemie. Examinarea coronarografică nu poate preciza cu exactitate permeabilitatea graftului cu artera marginală stângă, care apare opacifiat, cel mai probabil prin umplere retrogradă.

La examenul angiocoronaro-CT se evidențiază graft LIMA-LAD (artera marginală inferioară stângă - artera descendenta anteroară stângă) permeabil, GRAFT-AORTĂ-MARGINALĂ STÂNGĂ trombozat, VSI-AORTĂ-CORONARĂ DREAPTA bont închis la nivelul aortei, precum și un stent patent la nivelul ramului intermediar.

Examinarea angiocoronaro-CT este o metodă ieftină, rapidă, noninvazivă (și deci cu morbiditate scăzută), care permite vizualizarea atât a lumenului cât și a pereților arteriali, care nu competi-ționează cu coronarografia clasică, având indicații diferite, și care, alături de examenul **IRM cardiac**, trebuie să devină parte integrantă în munca de echipă la pacienții cu afecțiuni coronariene, alături de alte metode de diagnostic.

Scoala de Vară a Tinerilor Interniști



fondată în anul 1919

SIBIU
Hotel Libra
25-31 august 2013

*Secretariat organizatoric:
Ella Congress & Events*

*Persoana de contact:
Cătălina DINU
catalina.dinu@srmi.ro
0753 35 96 93*

DANSON

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

R7-ecograf Doppler color 4D	H60-ecograf Doppler 4D	R5-ecograf Doppler Color	A30-Ecograf Doppler color 5D
Monitoare pacient	Anestezie portabilă-fixă	UNIT – uri ORL	Endoscoape
Colposcoape	Mese Ginecologie	Osteodensitometre	Cardiotochografe
Capilaroscoape	Electrocautere	Generatoare OZON portabile / fixe	Videodermatoscoape

DANSON oferă

- echipamente performante, fiabile și ieftine
- ecografe Doppler Color pentru toate specialitațile
- garanție extinsă la 3-5 ani pentru ecografele noi
- SERVICE post-GARANȚIE la prețuri modice
- cursuri cu puncte EMC pentru ecografia 3D/4D
- asistență tehnică rapidă

- BUY BEAK pentru ecografele DANSON
- închiriere sau vânzare ecografe second-hand
- dotări complete de cabinete și clinici medicale
- verificări și revizii tehnice anuale la cerere
- evaluări tehnice pentru apărate medicale
- consultanță tehnică, economică, financiară

DANSON

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

ELECTROCARDIOGRAFE	HOLTER TENSIUNE	HOLTER ECG	SISTEME TESTARE EFORT
DOPPLER VASCULAR	DOPPLER VASCULAR măsurare unghi braț-gleznă	DOPPLER VASCULAR cu printer	U6-ECOGRAF DOPPLER COLOR abdomen, cord, vase, etc
Audiometru Impedantmetru	Audiometru Screening	Timpanometru	Audiometru Clinic
Capsulă Endoscopică	R3-Ecograf Doppler Color	Generator și Electrozi Radioablație	Sistem Endoscopic

DANSON oferă

- echipamente performante, fiabile și ieftine
- ecografe Doppler Color pentru toate specialitațile
- garanție extinsă la 3-5 ani pentru ecografele noi
- SERVICE post-GARANȚIE la prețuri modice
- cursuri cu puncte EMC pentru ecografia 3D/4D
- asistență tehnică rapidă

- BUY BEAK pentru ecografele DANSON
- închiriere sau vânzare ecografe second-hand
- dotări complete de cabinete și clinici medicale
- verificări și revizii tehnice anuale la cerere
- evaluări tehnice pentru apărate medicale
- consultanță tehnică, economică, financiară

Dermatita peri-orală la sugari

Deși literatura medicală nu este foarte generoasă în informații, dermatita peri-orală reprezintă o cauză importantă a vizitei la dermatologul pediatru.

Semnele clinice ale bolii

Aceasta este o dermatită iritativă caracterizată de uscăciune cutanată asociată cu leziuni eritematoase. Poate îmbrăcca diverse forme, de la simple iritații roșiatice până la leziuni papulare sau papulopustuloase. Localizarea este în jurul gurii sugarului putându-se extinde pe obrajii, gât și chiar în jurul ochilor. Cel mai adesea pacientul are vârstă cuprinsă între 3 luni și 5 ani. Incidența este crescută în rândul copiilor care suferă de dermatită atopică sau care au o sensibilitate cutanată crescută. De multe ori diagnosticul poate fi greu de stabilit tocmai datorită predispoziției pacientului la diverse forme de dermatite.

Cauza declanșării acestui tip de dermatită

Principala cauză este hiper-salivația. Mai exact, enzimele glucozidaze (și în special α -amilaza) sunt cele responsabile de iritarea și subțierea tegumentului. α -amilaza joacă un rol important în digestia chimică, însă este foarte iritantă pentru epiderm. Creșterea pH-ului salivar, transferul salinei pe obrajii sau alte zone (prin intermediul

Un tratament complet,

însă, nu trebuie să omită și alte acțiuni fără de care vindecarea poate întârzia:

Calmarea și repararea pielii lezate

Deoarece funcția de barieră a fost slabă, pielea este predispusă infecțiilor secundare. Pentru combaterea acestora se recomandă utilizarea unor tratamente cu efect antiinflamator și reparator.

Izolarea epidermului de factorii declanșatori

Datorită faptului că interacțiunea pielii cu saliva este greu de limitat, o primă măsură constă în utilizarea unor produse cu textură grasă (tip apă în ulei), care formează o barieră protecțoare la nivelul pielii. Astfel de creme ajută suplimentar pielea datorită efectului hidratant.

Diagnosticul dermatitei peri-orale

Diagnosticarea se face prin observație directă. Se poate solicita și un examen bacteriologic dacă este cazul de suprainfecțare.

Tratamentul

Se pot face investigații pentru a stabili dacă pH-ul salivar poate fi reglat și se poate încerca eliminarea factorilor agravați: suzeta, jucările sau întreruperea obiceiului de a suge degetul. Tratamentul cu dermcorticoizi poate avea efecte imediate, dar din păcate, boala va recidiva într-o formă exacerbată odată cu întreruperea acestora, iar re-aplicarea lor determină intrarea într-un cerc vicios foarte neplăcut pentru pacient. În unele cazuri, se recomandă administrarea de antibiotice pe cale orală.

Limitarea riscului de infecții secundare

Se va avea în vedere un topic antimicobian și antifungic.

În cazul oricărei dermatite iritative, igiena trebuie făcută cu un produs bland, care nu usucă pielea, fără ingrediente iritante. Sunt de evitat produsele cu parfum sau uleiuri esențiale.

Adina Mănilă
Brand Manager Bioderma



IASGO 2013

23rd World Congress of the International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists



The Palace of the Parliament
Bucharest, Romania
18 - 21 September 2013

www.iasgo2013romania.org



Congress Management
Ralcom Exhibitions srl
20A Răspânditorilor Str., 2nd District, 020648 Bucharest
www.ralcom.ro
Phone: + 40 21 210 65 40, 210 58 14;
Fax: + 40 21 212 27 02



registration@iasgo2013romania.org
abstract@iasgo2013romania.org

Conjunctivita acută

Conjunctivita acută este o afecțiune inflamatorie a conjunctivei de cauză variabilă: bacteriană, virală, alergică, factori iritanți. Este cea mai frecventă afecțiune a conjunctivei, severitatea ei variind de la hiperemie conjunctivală ușoară (înroșirea ochilor) cu lăcrimare, până la inflamații foarte grave din cauza complicațiilor pe care le poate produce.

Conjunctiva este o membrană subțire, transparentă, bine vascularizată, care tapetează suprafața anterioră a globului ocular și fața posterioară a pleoapelor. Datorită localizării sale, conjunctiva este expusă acțiunii microorganismelor sau a unor substanțe nocive exogene.

Sимptomele conjunctivitei sunt: secreție, senzație de corp străin, usturime, senzație de arsură, prurit (mâncărime), uneori ușoara fotofobie. Obiectiv, se constată înroșirea ochiului prin dilatarea vaselor de sânge ale conjunctivei, secreție conjunctivală, hiperlăcrimare.

Tipuri de conjunctivită:

Conjunctivita bacteriană

Reprezintă 40 % din patologia infecto-inflamatorie oculară.

Agenții microbieni implicați pot fi variați, provenind fie din flora saprofită a conjunctivei și pleoapelor, fie din exterior, pe

cale aeriană, prin contact direct cu mâini sau obiecte contaminate, sau de la o infecție adiacentă clinic inaparentă. Debutul este acut, unilateral, cu bilateralizare în 24 - 48 ore, cu simptomele menționate. Obiectiv, se caracterizează prin ochi roșu care poate fi asociat cu edemul (umflarea) pleoapelor, secreție conjunctivală mucoasă sau purulentă, lipirea pleoapelor dimineață, la trezire. Acuitatea vizuală nu este afectată. Tratamentul conjunctivitelor bacteriene se face cu antibiotic care se administrează local sub formă de colir sau unguent oftalmic în sacul conjunctival inferior. În cele mai multe cazuri de conjunctivită la adulți sau copii, tratamentul este inițiat fără examenul secreției conjunctivale. Nu se va aplica pansament pe ochiul cu secreție, acesta putând duce la agravarea bolii prin stagnarea și dezvoltarea germe-nilor. Tratamentul inadecvat sau insuficient poate determina complicații importante care pot determina reducerea severă a acuității vizuale (ex.: keratita).

Conjunctivita virală

Este determinată de obicei de către adenovirusuri. Ea poate apărea în cadrul unei infecții respiratorii superioare, însotită de febră, dureri de cap. Calea de transmitere poate fi aeriană, prin particule respiratorii contaminate, prin contact direct mâna-ochi, sau prin apă de piscină insuficient clorinată. Debutul este brusc, unilateral, cu bilateralizare ulterioară rapidă. Bolnavul prezintă de obicei înroșirea ambilor ochi, secreție conjunctivală apoasă, adenopatie preauriculară sensibilă la palpare și, în general, vedere bună. În unele cazuri, poate fi afectată și cornea prin fenomene imune, producându-se scădere acuității vizuale care poate dura luni de zile. În general, conjunctivitele virale durează aproximativ trei săptămâni.

Tratamentul se reduce la terapie simptomatică (lacrimi artificiale), cu excepția conjunctivitelor herpetice sau cauzate de virusul varicelo-zosterian.

Conjunctivita alergică

Apare datorită unei sensibilități anormale a conjunctivei la anumiți agenți numiți alergeni: polen, pene, alimente, cosmeti-

ce, medicamente. Conjunctiva poate fi interesată izolat sau în același timp cu pielea sau alte mucoase (rinita). Aproape întotdeauna în conjunctivita alergică este prezentă senzația de mâncărime (prurit). Mai apar: îngături, congestie conjunctivală (ochi roșu), secreție apoasă sau filamentoasă, edem palpebral cu

pseudoptoză (aspectul căzut al pleoapei) și alte simptome alergice ca: rinita (nas înfundat, cu secreție apoasă), mâncărimi în gât și tuse seacă. Pielea pleoapelor poate avea un aspect eczematos caracteristic. Tratamentul este de desensibilizare, pentru a elimina reacția inflamatoare de la originea conjunctivitei alergi-

ce; în multe cazuri tratamentul este cronic și se face cu antihistaminice, corticosteroizi. Se va căuta identificarea și înălțarea alergenului în cauză.

Cum putem preveni afecțiunea?

Conjunctivitele - virală și bacteriană - sunt foarte contagioase. Iată câteva sfaturi pentru a evita răspândirea:

- Spălați-vă frecvent mâinile și evitați atingerea sau frecarea ochilor
- Față de pernă, prosopul de față, trebuie să fie individuale; schimbați-le zilnic
- Nu împrumutați picături de ochi sau cosmetice (rimel, creion de ochi, fard de ochi). Înlocuiți-le după ce v-ați vindecat, pentru a evita reinfectarea
- Purtătorii de lentile de contact trebuie să întrețină portul acestora în perioada conjunctivitei

Este de menționat că ne aflăm în sezonul cu cea mai mare incidență a conjunctivitelor.

Referitor la tratamentul conjunctivitei, recomandarea noastră ar fi să nu se administreze tratament „după ureche” neglijându-se consultul medical.

Dr. Constantin Gheorghita,
Medic rezident oftalmologie

Dr. Mircea Filip

Conf. Univ.

Medic primar oftalmolog
Doctor în științe medicale F.E.B.O.
www.amaoptimex.ro



Keratoconusul – riscuri și soluții

Keratoconusul reprezintă o boală progresivă și potențial invalidantă a adultului tânăr. Ea este cea mai frecventă dintre distrofii corneene, cu o prevalență de 1/2000.

Afecțiunea este non-inflamatorie, bilaterală, asymmetrică și se caracterizează printr-o subțiere progresivă de formă conică a cornee paracentrale, ce determină un astigmatism neregulat evolutiv și cicatrici ale membranei bazale (în formele avansate). Diagnosticul este adesea întârziat, ducând la disabilități vizuale importante..

Cauze

Cauza este multifactorială. Studiile moleculare confirmă la 10% dintre pacienți o afecțiune genetică cu transmitere autosomal recesivă, restul fiind cazuri sporadice. Sunt recunoscute ca cei mai importanți factori favorizați: schimbările hormonale, alergiile, și obiceiul de frecare a ochilor.

Diagnostic

Vârsta medie de debut este 16 ani (cu o mare variație - între 6 și 40 de ani), afectează ambele sexe și prezintă o progresie de 10-20 de ani.

Pentru diagnostic este de mare importanță anamneza, ce evidențiază o scădere progresivă a vederii, în special la distanță, cu descrierea caracteristică de "imagini fantoma". Diagnosticul de multe ori este confundat cu un astigmatism miopic compus, dar ar trebui să atragă atenția schimbarea în timp a axului cilindrului și vederea imperfectă, chiar cu corecție.

Examinarea la biomicroscop permite evidențierea subțierii corneene paracentrale de formă conică, vizibilitatea crescută a nervilor corneeni, depunerii pigmentare (inelul Fleisher), cute decemetice (linii Vogt) și cicatrici sau hidrops în stadiile avansate.

Încă din primele stadii, diagnosticul de certitudine se poate pune cu ajutorul topografiei corneene (harta corneei ce arată deformarea asymmetrică) și pahimetriei corneene (măsurarea grosimii).

Clasificarea Amsler-Krumeich diferențiază patru stadii de evoluție a bolii, în care tratamentul este diferențiat.



EuroOptics

Dr. Simona Radu,
Medic primar
oftalmolog,
Doctor în științe
medicale

0040 723 309 408
SC EURO-OPTICS SRL
Str. Dr. Iatropol Nr.21
Sector 5 Bucuresti
0040 214109110

Tratament

Abordarea pacientului cu keratoconus trebuie să includă consiliere, recuperare vizuală și stabilizare a progresiei bolii. Corecția optică se poate realiza în primul stadiu prin ochelari sau lentilă de contact moale. În stadiul doi și trei sunt necesare lentile de contact moi speciale, hibride sau rigide gaz permeabile, uneori în sistem piggy-back pentru îmbunătățirea adaptării sau a confortului (lentila rigidă în combinație cu o lentilă moale) sau implante de inele corneene.

Progresia (documentată) a bolii impune tratamentul de întărire al corneei prin crosslinkingul colagenului cu ultraviolete A și riboflavină. Tehnicile fară dezepitelizare, în special cea cu iontoporeză, permit



tratarea eficace chiar și a cazurilor cu cornee subțiri (sub 400 microni) și a copiilor.

În cazurile foarte avansate este necesar transplantul de cornee, perforant sau lamellar profund. Aceasta este intervenție chirurgicală majoră, cu risc de rejet și recuperare vizuală lentă și adesea incompletă (la circa o treime din cazuri, se constată că cicatricea corneana induce un nou astigmatism, a cărui corecție necesită ochelari sau lentile de contact, moi sau rigide).

Concluzii

Folosirea curentă a topografelor corneene, datorită dezvoltării și răspândirii chirurgiei refractive, a dus la depistarea mai precoce a acestei afecțiuni, iar introducerea tehnicii de crosslinking permit "înghețarea" bolii, cu conservarea vederii și evitarea transplantului cornean. Cu toate acestea sunt încă diagnosticate cazuri noi în stadii avansate, ceea ce recomandă un screening mai atent și o educare a părinților privitor la necesitatea controalelor oftalmologice periodice, în special la apariția unei miopii sau a obiceiului de a se freca la ochi la copii și tineri.

Posibilități de detectare și recuperare precoce ale hipoacuziei (I)

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

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

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

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

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

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

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

În lipsa screening-ului generalizat, părinții și medicii

care vin în contact cu bebelușul au responsabilitatea urmăririi dezvoltării normale a auzului acestuia.

Mai jos vă prezintăm semnalele de alarmă pentru părinți:

În cazul copiilor mici:

- Copilul nu tresare la zgomețe puternice (în primele 4 luni – reflexul Moro);
- Nu caută cu privirea sursa sunetului;
- Se bucură când o vede pe mamă, dar nu reacționează când aceasta intră în cameră; atunci când nu o vede.

Trebuie reținut că problemele de auz pot apărea la orice vîrstă, după administrarea de antibiotice puternice, după expunere la zgomot, după o boală infecțioasă etc.

Pentru bebeluși există teste de auz obiective, care înregistrează automat activitatea nervilor auditivi.

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

Dacă pierdere de auz este datorată celulelor senzoriale ale cohleei, atunci hipoacuzia este neurosenzorială de tip cochlear, iar dacă este datorată funcționării deficitare a fibre-

lor nervoase, vorbim despre o hipoacuzie neurosenzorială retrocohleară. Dacă substratul fizic al hipoacuziei se află la nivelul urechii externe sau medii, atunci hipoacuzia se numește de transmisie.

În cazul în care scăderea auzului nu este recuperabilă prin

administrarea de medicamente sau chirurgical, singura soluție o reprezintă protezele auditive, clasice sau implantabile.

În cazul protezării copiilor, se vor oferi proteze auditive cât mai performante, în aşa fel încât pacientul să își poată însuși și dezvolta limbajul într-un

mod corespunzător.

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

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

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

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

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

Continuare în numărul viitor.



**Psiholog Audiolog Anca Modan
Ing. Audiolog Florin-Andrei Băileșteanu**

Adresa SC AUDIOLOGOS: str. Mendelev 7-15 (str. Piața Amzei), Sector 1, București

Tel: 031 432 6390 și 031 432 6391

Mobil: 0745 073 174 (Orange) și

0723 164 124 (Vodafone)

anca.modan@audiologos.ro

www.audiologos.ro

florin@audioart.com.ro

www.audioart.com.ro

Ruptura de menisc – programul de recuperare

Ne amintim că articulația genunchiului, prin poziția sa de articulație intermediară a membrului inferior are rol de fixare statică în momentul de sprijin și acțiune dinamică, prin asigurarea ridicării piciorului în momentul balansului la mers, pentru orientarea piciorului în funcție de denivelările de teren. Ruptura de menisc este un accident survenit pe o suferință meniscală sau meniscopatie preexistentă, care a creat o degenerescență, cu sau fără depunere de calcar. Se poate regăsi ca ruptură longitudinală completă, caracteristica mai ales meniscului extern sau ca ruptură oblică sau combinată cu dezinserezie meniscală. Obiectivele tratamentului recuperator constau în primul rând în reducerea durerii, gonalgia reprezentând obiectivul primordial și determinant în cadrul recuperării și în al doilea rand constă în recâștigarea stabilității, ca principală funcție a genunchiului, urmată apoi de recâștigarea mobilității și, în final, asigurarea coordonării mișcărilor membrului inferior.

Recuperarea integrală a bolnavilor operați de menisc se bazează pe un program recuperator bine condus.

Postoperator, genunchiul este menținut în extensie 10 zile cu o atelă gipsată. Recuperarea începe a doua zi după intervenție și constă în: contracții izometrice ale cvadricepsului, din oră în oră, mobilizări ale piciorului, ridicări pasive ale piciorului cu genunchiul extins, începând după 3-4 zile de la operație, exerciții de flexie ale genunchiului la marginea patului, după scoaterea bandajelor și mers cu baston din a

10-a zi de la operație.

Recuperarea continuă cu electroterapie antalgică și antiinflamatorie, exerciții de tonifiere a cvadricepsului, masaj al coapsei și gambei cu evitarea genunchiului, mobilizarea articulației genunchiului și crioterapia.

Din săptămâna a 3-a se începe urcatul și coborârul scăriilor. Programul kinetic se desfășoară pe durata a patru săptămâni.

În prima săptămână, din decubit dorsal se execută contracții izometrice de cvadriceps și fesieri, flexie și abducție din



Dr. Georgiana Ozana Tache
Med. primar fizioterapie,
rec. medicală,
Centrul de Recuperare „Medical Care”, www.medicalcare.ro
contact@medicalcare.ro
georgianatache@yahoo.com
21-233.97.27, 0723.626.289

cientul va avea contact cu solul cu piciorului operat cu sprijin de 30%. Din decubit dorsal se execută “pompaje” pe mingă, fără a forța flexia și se execută flexia gambei pe coapsă (în lanț kinetic închis), precum și flexie și abducție din CF. Din așezat la marginea băncii/patului, se execută flexia gambei pe coapsă, mișcare condusă și controlată de kinetoterapeut. Timp de două luni sunt interzise exercițiile ce implică un lanț kinetic deschis. Din poziția stând la spalier se execută ridicări pe vârfuri, cu sprijin mai mare pe piciorul sănătos. De asemenea, și ridicarea piciorului pe prima

șipă și flexia gambei pe coapsă, cu ușoară presiune pe talpa. Mersul se face cu sprijin ușor de circa 30% pe piciorul operat. În a treia săptămână, mișcările din CF se vor face cu săculeț de nisip de 500g. Din decubit dorsal, se execută contracții izometrice de cvadriceps, fesieri și ischiogambieri, precum și flexie-extensie din articulațiile gleznei și degetelor (metatarsiene, falangiene și interfalangiene) și flexia gambei pe coapsă prin alunecare, ca și ridicarea piciorului pe prima

șipă și flexia gambei pe coapsă, prin exercitarea unei ușoare presiuni pe suprafața plantară. În a patra săptămână se continuă exercițiile mai sus menționate, la care se adaugă din decubit ventral cu un rulou sub treimea inferioară a feței anterioare a coapsei, mișcarea activă de flexie a gambei pe coapsă, cu tensiuni finale realizate de kinetoterapeut. Mișcările din așezat ale articulației genunchiului devin rezistive prin introducerea săculețului cu nisip. La sfârșitul acestei săptămâni, pacientul se sprijină aproape în totalitate pe piciorul operat. Se continuă programul kinetic cu exerciții pentru mobilizarea articulară și tonifierea musculară, utilizând o serie de activități complexe distractive pentru o perioadă mai lungă de timp.

Se recomandă pedalaj de bicicletă, alunecarea piciorului într-un jheab rotund, mișcare laterală de abducție-aducție, mers pe plan ascendent, mers pe bandă sau pe scară rulantă. Se recomandă practicarea înnotului și efectuarea exercițiilor învățate în apă (hidrokinetoterapie).



Educarea terapeutică buco-facială

Prof. CFM princip. *Kinetoterapeut*
dr. Elena Căciulan *dr. Daniela Stanca*

Centrul de Recuperare Medicală Kinetodema București
www.kinetodema.ro

Masajul facial și tehnica „hrănirii”

Copilul cu disabilități neuro-motorii prezintă adesea și tulburări ale motricității buco-faciale, manifestate prin dificultate funcțională de suge-re, apucare a alimentelor, menținere a acestora în gură, precum și a salivei, masticatie, transport intra-bucal al bolului alimentar, aspirare a lichidelor și deglutiție.

Tulburările de reglare a motricității buco-faciale sunt reprezentate de :

- extensia activă a capului și gâtului;
- starea de contracție globală a musculaturii gâ-tului;
- comandă insuficientă a părții anterioare a limbii;
- dechiderea activă și exagerată a gurii, asociată adesea protruziei limbii;
- hipotonie buzelor;
- hipotonie oro-faringiană.

Abordarea acestora intră în atribuțiile kinetoterapeutului și are ca obiective corectarea lor, prin tehnici speciale.

Pentru aplicarea tehnicii hrăririi copilului este necesară respectarea următoarelor principii:

- alimentele pasate vor fi înlocuite treptat cu alimente semisolide;
- plasarea alimentelor cu ajutorul mâinii sau linguriței se va face către ultimul molar (ten-dința părinților este de a plasa alimentele pe vârful limbii și în acest fel copilul nu va învăța să mestece și să formeze bolul alimentar);
- întotdeauna copilul va fi poziționat în brațele mamei șezând cu capul ușor flectat (combătând poziția greșită adoptată de mamă decubit dorsal);
- în cazul în care copilul menține poziția șezând, atunci el va fi așezat pe scaun la masă;

- pentru formarea bolului alimentar, copilul va fi ajutat să execute mișcări de antepulsie și retrupulsie a mandibulei.

Pentru realizarea corectă a tehnicii de hrăni-re este necesară respectarea unor principii.

Găsirea unor poziții adevărate

Nu forțați sau împingeți capul înainte, cu mâna, deoarece există riscul creșterii tendoniei de extensie a capului.



Nu încercați să forțați extensia capului cu împingerea de la nivelul mentonului. Acest lucru va accentua flexia capului.



Încercați să poziționați capul plasând mâna la nivelul occipitalului și gâtului.



Așezați copilul pe o coapsă, sprijinind capul la nivelul membrului superior homolateral flectat. Membrul superior liber realizează hrăuirea.



Așezați copilul într-un scaun pentru bebeluși, într-o poziție ușor flectată.



Pentru copilul mai mare, care poate menține poziția așezat, hrăuirea se va realiza la masă. Este importantă poziționarea cu trunchiul ușor flectat, picioarele sprijinite pe sol, iar șoldurile și genunchii flectate la 90°. Lingura va fi ținută în poziție orizontală, în unghi de 90° cu profilul feței. Copilul va fi încurajat să preia mâncarea cu buza superioară.



Nu grăbiți sau forțați copilul să accepte mâncare pe care nu o poate tolera.

Dieta prelungită cu lichide sau mâncare pasată nu va încuraja dezvoltarea mușcatului și mestecatului și poate conduce la persistența modalităților infantile de supt și înghいire.

Refuzul alimentelor solide poate fi cauzat de:

- sensibilitatea exagerată la nivelul gurii, cu apariția senzației de sufocare;
- lipa controlului mișcărilor maxilarului, buzelor și a limbii pentru a mesteca și înghīti.

la copilul cu disabilități neuro-motorii

Îmbunătățirea controlului buzelor și limbii-Tehnici de desensibilizare

Manevrele se efectuează frecvent pentru a scurta perioada de timp necesară stabilirii toleranței.

Mângâierea – se realizează cu degetul și cu pensula circular, în jurul buzelor (de la stânga la dreapta, în sensul acelor de ceasornic).



Tapotamentul ușor cu indexul, circular în jurul buzelor.



Frițiuni ușoare pe partea interioară a buzelor și la nivelul gingivelor, în sens ascendent/ descendent, lateral stânga / dreapta și posterior/anterior.



Dacă reflexul mușcatului este puternic, se realizează următoarele manevre:
- frițiuni la nivelul gingiei interioare dinspre anterior spre posterior, cu indexul sau cu paț special din silicon.
- netezire cu indexul la nivelul peretelui intern al obrazului (sus/jos).



Se realizează prinderea buzelor cu ajutorul indexului și mediusului, simultan cu presiune sub menton, cu degetele IV și V.



Cu ajutorul unui dispozitiv electric special, se stimulează musculatura orbiculară, prin mișcări circulare, în sensul acelor de ceasornic.

Creșterea toleranței necesită aplicarea unor presiuni circulare, cu indexul, în jurul gurii și sub menton.



Pentru prevenirea protruziei limbii și încurajarea tolerării linguriței se aplică ușoare presiuni și tapotări pe vârful limbii cu indexul sau cu paț din silicon, spre jos și lateral. Pentru a nu produce senzația de greață, este bine de evitat deplasarea pațului spre posterior.



Se vor aplica, alternativ, comprese reci și calde, la nivelul buzelor, cu menținerea acestora 5-10 sec.

Facilitarea masticării

Se realizează mișcări circulare cu degetele II-IV sub osul zigomat, simultan cu policele, sub menton.



Pozitionat sub menton, policele efectuează o netezire de-a lungul bărbiei și a părții superioare a gâtului, pentru a stimula înghīirea.



Principii de hrărire

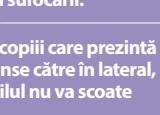
Pozitionarea capului în extensie face imposibil înghītitul boloului alimentar. În acest sens, este necesară menținerea capului în poziție mediană.



Mențineți lingurița în poziție orizontală și încurajați preluarea alimentelor cu buza superioară.

Așezați o cantitate mică de alimente pe linguriță.

Nu împingeți alimentele posterior, în gură, deoarece există riscul sufocării.



Pentru a stimula mestecatul și pentru copiii care prezintă protruzia limbii, alimentele vor fi împins către lateral, la nivelul molarilor. În acest fel, copilul nu va scoate alimentele din gură.

Masticăția va fi facilitată prin mișcări circulare ale mandibulei, realizate cu ajutorul pollicelui (sub menton) și indexului (deasupra mentonului).



Toate aceste manevre executate la nivelul musculaturii feței copilului, se vor efectua bland, cu multă grijă, pentru a obține participarea activă a acestuia la programul terapeutic.

Stresul, cea mai periculoasă epidemie a timpurilor noastre

Simți nevoie unei vacanțe? Stresul acumulat de-a lungul anului începe să-și pună tot mai adânc amprenta? Ei bine, ar fi momentul să-ți ascultă organismul până nu este prea târziu.

Percepții adesea ca ceva obișnuit, inevitabil, stresul este unul dintre factorii ce stau la baza a cinci dintre cele șase cauze principale de deces – atacurile cerebrale, bolile de inimă, cancerul, bolile respiratorii și accidentele. Costurile „banalului” stres sunt estimate de Peter Schnall în carte sa „Munca nesănătoasă” la peste 1 trilion de dolari. La fel ca o boala infecțioasă, stresul este contagios, răspândindu-se rapid în birouri, familii și comunități.

Stresul cronic afectează aproape orice organ – crește tensiunea, suprimă sistemul imunitar, contribuie la infertilitate și accelerează procesul de îmbătrâneală al organismului.

O mai bună gestionare a acestei epidemii ce se ascunde în plină vedere ar putea reduce substanțial riscurile de apariție a multor boli cronice ce au la bază stresul. Cum gestionăm însă stresul?

Primul pas ar fi să identificăm sursele de stres și să încercăm să le evităm. De cele mai multe ori acest lucru este ușor de spus și foarte greu de făcut. Ce putem face însă este să ne pregătim trupul și mintea pentru a reduce pe cât posibil efectele stresului.

O pauză binemeritată

Ia o pauză și relaxează-te într-o vacanță departe de aglomerația cotidiană. Dacă optezi pentru munte, ionii negativi din aceste zone au proprietăți curative deosebite, relaxând psihicul și întărind sistemul imunitar. Plimbările îți vor pune organismul la lucru și vor determina eliberarea de endorfine, substanțe ce îți dau o stare de fericire și cresc toleranța la durere.

Marea este o alegeră la fel de bună, aerul marin fiind și el încărcat cu ioni negativi de hidrogen, ce au rolul de a regla nivelul de serotonină, un hormon aflat în strânsă legătură cu stresul. Expunerea moderată la soare are și ea un efect benefic, reducând riscul bolilor cardiovasculare și generând o stare de bine.

Suplimente

Suplimentele nutritive pot fi folosite cu succes în echilibrarea organismului. În linia întâi re-găsim suplimentele ce au la bază magneziul, asociat de regulă cu vitamina B6. Magneziul are o importanță centrală în peste 300 de procese metabolice, iar un nivel adecvat de magneziu în organism asigură un somn liniștit,

are un efect calmant asupra sistemului nervos și permite o bună funcționare a mușchilor.

Alte suplimente utile sunt cele ce conțină melatonină sau valeriană, printre altele.

Ceaiuri

Cu toții cunoaștem efectele calmante ale ceaiului de tei, care pe lângă influențele benefice asupra sistemului nervos mai poate fi utilizat și pentru tratarea ulcerului, a crampelor abdominale sau a indigestiei. Pe lângă tei mai există însă o serie de alte plante ce pot fi folosite cu succes în lupta cu stresul.

Ceaiul de păducel are un efect calmant și tonifiant asupra sistemului cardiovascular, fiind ideal pentru cei ce suferă de tensiune cauzată de hormonii de stres.

Ceaiul de valeriană este un foarte eficient calmant, fiind util în stările de nervozitate și frică, precum și într-o mare varietate de tulburări psihice, în timp ce ceaiul de hamei, ingredientul principal în producerea berii, poate fi administrat cu succes în tratamentul insomniilor și a stărilor de agitație.

Alte ceaiuri ce pot fi folosite în combaterea stresului: ceaiul de ginseng, gura lupului, roiniță, mușețel, floarea pasiunii.

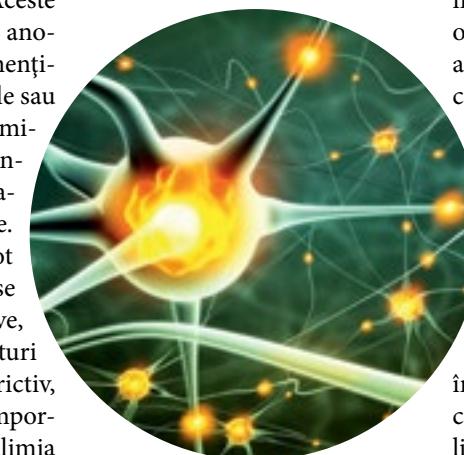
**Kabodi Erika, Farmacist,
www.farmacia3.ro**

Modificări neuroendocrine în tulburările de comportament alimentar

Tulburările de comportament alimentar [TCA]: anorexia nervoasă [AN], bulimia nervoasă [BN], și tulburările neclificate ale comportamentului alimentar (EDNOS, Eating Disorders Not Otherwise Specified), se caracterizează prin disfuncții neuroendocrine complexe implicate în reglarea apetitului și comportamentului alimentar.

Diagnosticul tulburărilor de comportament alimentar se face pe baza unor criterii clinice clar definite în ghidurile de diagnostic DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1994), a căror revizuire a avut loc în mai 2013. Aceste criterii cuprind, pentru anorexia nervoasă: refuzul menținerii unei greutăți normale sau peste 85% din greutatea minimă normală, teama de îngrășare, percepție anormală a aspectului, amenoree. Tipurile de anorezie pot fi: tipul purgativ, în care se utilizează regulat laxative, diuretice, emetice, vărsături provocate, și tipul restrictiv, în care lipsește acest comportament compensator. Bulimia nervoasă se diagnosticează pe baza unui alt set de criterii: episoade recurente de bulimie (binge-eating), definite prin consum excesiv de alimente în unitatea de timp și sentimentul pierderii controlului, comportament purgativ regulat, prezența episoadelor de bulimie și comportamentului compensator cel puțin de 2 ori

pe săptămână, timp de 3 luni, impact excesiv al formei corpului și greutății asupra părerii despre sine, prezența simptomatologiei în afara episoadelor de anorexie nervoasă. Bulimia, la rândul său, cuprinde tipul purgativ (definit mai sus) și



tipul non-purgativ, în care se utilizează alte comportamente compensatorii: post, activitate fizică intensă. Dintre EDNOS, afecțiuni în care nu sunt întrunite criteriile pentru AN sau BN, un loc aparte îl ocupă binge-eating disorder, o afecțiune caracterizată prin episoade de bulimie fără comportament

compensator.

Indiferent de tipul tulburării de comportament alimentar, intersecția dintre mecanismele ‘psihiologice’ și mecanismele ‘somatic’ ale reglării apetitului justifică abordarea pluridisciplinară a acestor afecțiuni, în aceeași măsură în care o impuñe și patogenia unei alte afecțiuni în care comportamentul alimentar și reglarea apetitului joacă un rol esențial: obezitatea. De altfel, prezența episoadelor de anorexie nervoasă în istoricul unor paciente cu obezitate la vîrstă adultă pare a sprijini ipotezele conform cărora obezitatea și anorexia nervoasă nu sunt afecțiuni situate la polul opus, ci, dimpotrivă, afecțiuni ce împărtășesc un teritoriu biologic comun. Deși modificările neuroendocrine din tulburările de comportament alimentar sunt considerate, în prezent, a fi consecința și nu cauza TCA, rămâne de actualitate, în acest context, studiul terapiilor ‘patogene’ adresate disfuncțiilor neuroendocrine, atât în obezitate cât și ca tratament ‘simptomatic’ al TCA.

Dr. Adrian Copcea,
Medic specialist
Diabet zaharat, Nutriție și Boli Metabolice
Centrul Medical Asteco, Cluj-Napoca

Mituri urbane în Neurologie

Cât la sută din substanța cerebrală folosim zi de zi?

Creierul uman este foarte complex; se estimează pe baza unor studii stereologice că teleencefalonul conține aproximativ 20 bilioane de neuroni fiecare având în medie 7000 legături sinaptice.

Conform teoriei „rezervei strategice” elaborate la Harvard de către neuropsihologii William Sidis și Boris Sidis în 1890 în mod normal oamenii folosesc doar un procent infim 6-10% din întregul potențial al creierului. Această teorie a fost susținută de însuși Albert Einstein care explică astfel succesele sale intelectuale (evident prin depășirea procentului).

Cortexul cerebral conține circa un trilion de sinapse pe centimetru cub, de unde s-ar putea emite ipoteza următoare: cu cât creierul este mai greu cu atât procentul creierului utilizat crește în valoare absolută. Această teorie este combătută atât de statistică (creierul lui Albert Einstein cântărea 1230 grame pe când greutatea medie a creierelor este de circa 1360 grame) cât și de studiile neurofiziologice: deși cîntărește doar 1 % din greutatea corpului uman consuma 20% din energia zilnică necesară funcționării.

Szentagothai afirmă că fiecare neuron nu se poate interconecta decât cu maximum 6 alți neuroni ceea ce ar reduce aria de activare. Dar conform teoriei lui Karinthy Fryges dezvoltat mai târziu în teorema celor ”șase grade de separație” algoritmul optim de calculare a separării în

structurile sociale afirmă că sunt suficiente 6 conexiuni ale fiecărui element ale unei structuri coherente cu alți 6 membri pentru a fi posibile conexiunea cu oricare membru din structura respectivă. Astfel activarea unui neuron poate fi transmisă în cascadă la toți neuroni din rețeaua corticală.

Cercetători de la Universitatea California din Los Angeles au monitorizat neuroni din amigdalele laterale (zona asociată cu învățarea și memoria). Studiile imagistice de imunofluorescență au arătat că numai 20% din neuroni amigdalei laterale erau afectați, de unde se trage concluzia că numai acest procent era folosit în procesul de învățare și memorizare. Nivelul de Arc ARN este un marker molecular foarte bun al activității neuronale. ArcARN este transcris în nucleul neuronalui și este transportat apoi prin soma neuronului până la nivelul dendritelor: acest traseu putând fi vizualizat prin imunofluorescență indirectă. Dar repetarea experimentului deși a returnat același procent de neuroni sensibili la agentul fluorescent, aceștia nu erau în aceleași zone ale amigdalei. Concluzia echipei de studiu a fost că există o competiție la nivelul neuronilor din amigdala laterală care urmează o curbă

asemănătoare cu curba lui Gauss, comparată fiind cu rezultatele studenților de la examene ”înțondeauna un procent fix 20% iau notele maxime, dar nu sunt înțondeauna aceeași”. Aceste studii deschid noi direcții teoretice în tentativele de terapie viitoare din boala Alzheimer prin modulararea funcției CREB care să recruteze numai neuronii funcționali și nu pe cei afectați de maladie.

Deși studiile clasice de la Universitatea Yale au demonstrat prin microscopie electronică faptul că nu există formarea de noi neuroni, cercetători de la Princeton au injectat creierul macacilor cu o substanță fluorescentă ce se încorporează în ADN-ul neuronal și au descoperit generarea de noi neuroni în zonele periventriculare care apoi migrau spre cortex, se maturau și trimiteau dendrite și axoni pentru a forma noi conexiuni.

Conform Dr. Gross conductorul echipei de cercetare de la Princeton se poate spune că deocamdată descoperirea lor ”ridică mai multe întrebări decât să aducă răspunsuri”.

Bibliografie selectivă:

- David A. Drachmann - Neurology June 28. 2005, vol 64.no 12 2004 – 2005
- Nicholas Wade New York Times 2012
- Taylor & Francis - Atlas of Neuroanatomy 2006 LLC
- T. Scarabino, U. Salvolino - Atlas of Morphology and functional anatomy of the brain springer verlag 2003
- Nikhil Swaminathan, Scientific American, Mind & Brain 19 April 2007



CONGRESUL SOCIETĂȚII ROMÂNO-GERMANE DE OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE

Ediția a IX-a - Timișoara 04-06 iulie 2013

Congres Organizat sub egida Universității de Medicină și Farmacie Victor Babeș Timișoara, și a Societății Române de Obstetrică și Ginecologie și sub patronajul Academiei Române Filiala Timișoara



SOCIETATEA ROMÂNO-GERMANĂ DE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE PROF. EMERIT. DR. IOAN MUNTEANU

Președintele Societății Româno-Germane de Obstetrică-Ginecologie,
Membru de Onoare al Academiei Române

SOCIETATEA GERMANO-ROMÂNĂ DE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE PROF. DR. MED. MULT. DR. H.C. THOMAS RABE

Președintele Societății Germano-Române de Obstetrică-Ginecologie

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE ACAD. PROF. DR. FLORIN STAMATIAN

Președintele Societății Române de Obstetrică și Ginecologie

