săptămâna
# MEDICALĂ
Anul XVII • Nr. 268 • ianuarie 2022
4.75 lei

## Trauma sonoră

Importanța tratamentului oftalmologic efectuat la timp

## Tehnologii noi în tratamentul afecțiunilor laringiene

## Conjunctivita în pandemia COVID-19

Manifestările clinice și tratamentul Sindromului Marcus Gunn 8
Dermatocosmetice în acnee 15
Lentilele MiYOSMART, modul inteligent de a trata miopia la copii 30
Genetica – o lupă pentru depistarea precoce a bolilor . . 6
Diagnosticul sindroamelor vestibulare . . . 25

UNIMED PHARMA

Privirea sănătoasă asupra lumii!

NOU pe piața din Romania!

# Potassium-U

## FĂRĂ CONSERVANȚI

### INDICAȚII

- edem corneean
- încetinirea progresiei oculare
- prevenița și tratamentul adițional al exudatului și hemoragiei oculare
- tulburări de transparență ale mediilor oculare

Cercetările recente au arătat că prezența conservanților în produsele oftalmice utilizate constant are un efect negativ asupra suprafeței ochilor, putând cauza sindrom de ochi uscat și iritații.

# Vechi și nou în chirurgia refractivă

**Cui se adresează chirurgia refractivă "no touch"?**

Acest tip de intervenţie este recomandat pentru toate persoanele eligibile pentru chirurgie refractivă, dar în mod deosebit se adresează:

- Pacienţilor ale căror ocupaţii îi expun la un risc ridicat de accidentare (sportivi, forţe armate)
- Pacienţilor cu grosimi corneene reduse, fiind augmentată de utilizarea crosslinking-ului
- Pacienţilor foarte anxioşi
- Pacienţi care necesită reintervenţie pentru îmbunătăţirea rezultatelor unor proceduri anterioare (LASIK, EpiLasik)
- Pacienţilor cu cornee uşor neregulată
- Avantajele Streamlight sunt numeroase şi includ:
- siguranţă, predictibilitate, stabilitate crescută a rezultatului
- recuperare funcţională rapidă, timp redus de vindecare
- lipsa durerii, confort pentru pacient
- lipsa contactului cu corneea sau a flap-ului
- posibilitatea personalizării tratamentului
- calitate excelentă a vederii
- incidenţă redusă a complicaţiilor
- adresabilitate pentru corneele subţiri
- poate trata cornee cu cicatrici sau cu anumite distrofii corneene
- efect redus asupra stabilităţi filmului lacrimal
- poate îmbunătăţi simptomatologia pacienţilor cu eroziuni recurente corneene
- reducerea duratei operatorii cu 35%

În ultimii ani, chirurgia refractivă a suferit modificări şi îmbunătăţiri constante. Numeroase studii au evaluat aceste îmbunătăţiri şi progrese. Progresele în LASIK şi ablaţia de suprafaţa includ augmentarea acestora cu algoritmi ce încorporează măsurători avansate ale frontului de undă, tratamente ghidate topografic şi integrarea crosslinking-ului cornean pentru forme subclinice de keratoconus.

În concluzie, chirurgia refractivă modernă oferă posibilitatea tratamentelor viciilor de refracţie în siguranţă, este confortabilă pentru pacient şi se adresează chiar şi celor mai subtile imperfecţiuni.

***Prof. Univ. Dr. Călin Petru Tătaru,***
*Preşedintele Societăţii Române de Cataractă şi Chirurgie Refractivă*

**Abonament la revista Săptămâna Medicală**

săptămâna MEDICALĂ

Vă rugăm să trimiteţi solicitarea dumneavoastră pe adresa: redactie@finwatch.ro sau la tel/fax 021 321 6123. Vă mulţumim!

săptămâna MEDICALĂ

## Cuprins

Importanţa tratamentului oftalmologic efectuat la timp. . . . . 4
Conjunctivita în pandemia COVID-19 . . . . . 5
Genetica – o lupă pentru depistarea precoce a bolilor . . . . . 6
Manifestările clinice și tratamentul Sindromului Marcus Gunn . . . . . 8
Glaucomul – „hoțul tăcut al vederii" 10
„Între medic și pacient trebuie stabilită o relație de încredere reciprocă și empatie" . . 14
Dermatocosmetice în acnee . . . . . 15
Trauma sonoră . . . . . 18
Tehnologii noi în tratamentul afecţiunilor laringiene. . . . . 20
Vaccinarea contra infecţiilor pneumococice în patologia ORL. . . . 22
Diagnosticul sindroamelor vestibulare . . . . . 25
Terapia corneeană în keratoconus . . 28
Lentilele MiYOSMART, modul inteligent de a trata miopia la copii. 30

Foto revistă: Shutterstock

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

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

**Tiraj**: 15.000 ex.
ISSN 2067-0508

FIN WATCH

# Importanța tratamentului oftalmologic efectuat la timp

Trecem printr-o perioadă dificilă, în care incertitudinea ne guvernează viețile, nu știm ce va fi și cât timp va mai ține această situație, de aceea este foarte important să tratăm la timp afecțiunile pe care le avem.

**Conf. Dr. Mircea Filip**
Medic Primar Oftalmolog
Doctor în Științe Medicale
Clinica de oftalmologie
Ama Optimex
www.amaoptimex.ro
www.scapadeochelari.ri
www.cataracta.ro

În oftalmologie sunt câteva afecțiuni care necesită urgent un tratament, însă toate celelalte probleme de vedere au un impact semnificativ asupra desfășurării normale a activităților. Din păcate, nerezolvarea lor la timp implică disconfort și în unele cazuri chiar și imposibilitatea de a avea o viață normală.

Îmi amintesc de situațiile apărute în starea de urgență, când eram contactați de către pacienții clinicii sau de alți oameni care auziseră de noi și care ne solicitau ajutorul pentru că li s-au stricat ochelarii sau li se terminau lentilele de contact sau își pierduseră prescripția. Pentru oamenii cu dioptrii mari, acestea nu sunt mofturi, ei chiar nu pot lucra, citi, nu se pot uita la televizor, nu pot găti, nu pot conduce mașina.

Alți oameni de care îmi amintesc din acea perioadă sunt cei care aveau nevoie de o intervenție chirurgicală, de cataractă de exemplu și pe care oricum o amânaseră de ceva vreme la acel moment. Cataracta nu este o boală care să aibă nevoie de operație urgentă, însă dacă avansează și nu este operată când dispare confortul vizual, aduce neplăceri. Persoanele cu cataractă nu mai pot aprecia bine distanțele, văd în ceață, le deranjează lumina. Nu le-am putut ajuta până când nu s-a ridicat starea de urgență și am redeschis centrul chirurgical. În cazul specific al cataractei, cu cât se amână mai mult momentul operației, cu atât pot apărea complicațiile.

Cu alte cuvinte, când o boală este avansată, operația devine mai dificilă, cu riscuri mai mari, cu complicații mai frecvente, cu recuperare mai greoaie.

O altă afecțiune pe care o menționez este glaucomul, care are o caracteristică importantă, respectiv tot ce este pierdut nu se mai poate recupera. Monitorizarea acestei boli este îndelungată, plictisitoare și cu rezultat incert, adică un tratament corect nu oferă garanția menținerii unei vederi bune în timp. În condițiile unui diagnostic precoce și tratament corect și urmat cu strictețe, boala nu se vindecă, dar poate fi ținută sub control, iar în cele mai multe cazuri, vederea se păstrează. De aceea, este important timpul, chiar și câteva luni fără tratament corespunzător pot aduce pagube mari vederii.

Cum o nenorocire nu vine niciodată singură, handicapul vizual poate favoriza și alte posibile probleme medicale, cum ar fi o fractură, pentru că persoana în cauza nu mai apreciază corect distanțele. Problemele vizuale survin în general la vârstnici, iar aceștia pot avea accidente vasculare cerebrale sau cardiace care să nu permită operația unei cataracte în evoluție, care se poate agrava și necesita operație în perioada de vindecare a problemei menționate.

Pandemia ne-a arătat cât de periculos este să se amâne rezolvarea unei probleme sau să fii dependent de cineva sau ceva. La Ama Optimex ne adaptăm în fiecare zi, încercăm să găsim soluții, să fim aproape de oameni pentru a-și rezolva problemele oftalmologice. Și cel mai important aspect pe care l-am învățat în această perioadă este să nu mai așteptăm, să trăim acum, să ne rezolvam astăzi problemele.

La final, precizez că nevoia tratamentului făcut la timp se aplică pentru toate patologiile medicale, nu doar oftalmologice. Sper ca ideea prevenției și tratării la timp a diverselor afecțiuni, având ca scop final îmbunătățirea calității vieții, să prindă contur tot mai mult în mintea și obiceiurile oamenilor.

# Conjunctivita în pandemia COVID-19

Se cunoaște déjà faptul că cele mai frecvente simptome ale COVID-19 sunt: tusea uscată, dificultățile de respirație, febră, dureri de cap sau de gât, dureri musculare. În unele cazuri, pacienții diagnosticați cu Covid-19 s-au prezentat și cu alte tipuri de simptome, oftalmologice sau dermatologice. Problemele medicale ce țin de sfera oftalmologiei sunt rare și nu sunt considerate specifice bolii, însă pot să apară în unele cazuri. În cazul în care apar la pacienți simtome de conjunctivită asociate cu tuse și tulburări de respirație, dar și cu cel puțin încă două semne generale ale infecției cu virusul SARS-CoV 2, aceștia trebuie să se adreseze medicului de familie, care le va dirija parcursul, deoarece sunt suspecți de COVID-19.

**Prof. Univ.**
**Dr. Adriana Stănilă**
Președintele Societății
de Lentile de Contact
și Suprafață Oculară

Manifestările oculare apar între 0,8% și 3% la cazurile de COVID-19. Simptomele oftalmologice în infecția Covid 19 sunt: ochiul roșu asemănător conjunctivitei virale cu foliculi și secreție moderată.

Explicația științifică pentru apariția acestor simptome constă în faptul că ochii persoanelor în cauză au fost expuși la virus. Știm că virusul se poate transmite de la o persoană la alta prin picături de salivă, atunci când tușim, strănutăm și în unele cazuri, când vorbim.

Bolnavul cu conjunctivită și simptome de Covid-19 trebuie să se adreseze instituțiilor pertinente care testează și tratează infecțiile cu SARS-CoV 2.

Prevenția în conjunctivite se face prin igiena adecvată oculară și perioculară, evitarea atingerii zonei oculare cu mâna, eventual ochelari de protecție, viziere.

Respectând regulile de prevenție impuse la nivel național și mondial împotriva pandemiei de coronavirus, ne protejăm și de conjunctivită.

Măsurile adoptate în această perioadă sunt atât pentru protecția personalului medical dar și, mai ales, a pacienților.

- Pacienții vor purta mască și li se va măsura temperatura cu termometru noncontact
- În sala de așteptare funcționează o lampă UV
- În sala de așteptare se păstrează distanța de 1.5-2 m
- La aparatele de examinare s-a montat un scut de protecție între pacient și examinator
- Se încearcă limitarea conversației între pacient și examinator în timpul examinării
- După fiecare pacient se aerisește, dezinfectează cu soluții specifice pentru tegumente și suprafețe.

Deși studiile arată că șansele ca virusul Sars-CoV-2 să infecteze ochii sunt destul de mici, trebuie să rămânem la fel de precauți ca și până acum și să ne protejăm cât putem de bine.

Pentru protejarea mai bună a ochilor în această perioadă, mai ales când ieșim din casă, recomand:

- Utilizarea ochelarilor de vedere în locul lentilelor de contact
- Purtarea ochelarilor de vedere sau de soare de fiecare dată când ieșim afară
- Să nu se atingă zona ochilor dacă mâinile nu sunt dezinfectate
- Spălarea pe mâini frecvent și dezinfectarea cu gel dezinfectant atunci când nu există acces la apă și săpun
- Practicarea în continuare a distanțării sociale

Tratamentul este simptomatic, cu coliruri cu antibiotic cu spectru larg, antiinflamatoare, protectoare ale suprafeței oculare în lipsa unui tratament țintit etiologic. Conjunctivita dată de COVID-19 respectă corneea, deci sechelele sunt nesemnificative. În cazurile grave, cu sindrom de CID (coagulare intravasculară diseminată), care pare a fi sindromul terminal în cazul COVID-19, ne putem gândi și la afectarea retinei prin obstrucție de vase retiniene sau obstrucție de vase nutritive ale nervului optic, cu repercusiuni dramatice asupra vederii.

# Genetica – o lupă pentru depistarea precoce a bolilor

Medicina tradițională s-a situat dintotdeauna de-a lungul limitei fine care separă boala de bolnav, trebuind în mod inerent să înțeleagă care sunt cauzele și mecanismele patologice, și, în același timp, să ia în considerare și particularitățile individuale ale persoanei afectate - lucru de foarte multe ori dificil de realizat, în contextul timpului și resurselor existente.

**Dr. Ina Ofelia Focșa**
(medic specialist genetică medicală), Dr. Biol. Andreea Țuțulan-Cuniță, Dr. Danae Stambouli

Fundament al vieții, materialul genetic stochează întreaga informație necesară funcționării organismelor, reprezentând astfel, metaforic, "miezul" funcționarii organismului ca întreg. Genetica/ genomica poate fi astfel privită ca bază a celorlalte domenii medicale și, în consecință, ca un instrument pentru a identifica modificările care (potențial) au generat starea patologică, particularitățile individuale ale celui suferind și chiar de a selecta sau crea modalități optime de tratament.

Cu o istorie de nici 200 de ani, genetica de-abia acum începe să ofere răspunsuri și soluții pentru problemele întâlnite în miile de ani de medicină. Însă acestea devin din ce în ce mai precise, oferind promisiuni pentru viitorul foarte apropiat. Astfel, de exemplu, se cunosc peste 14 gene implicate în dezvoltarea și funcționarea retinei, ale căror defecte cauzează amauroza congenitală Leber; dintre acestea, amauroza produsă de mutații ale genei CRB1

are doar afectare oculară, pe când cea produsă de defecte ale genei IQCB1 este însoţită de nefronoftizie progresivă (leziune extinsa a tesutului renal), fiind cunoscută şi ca sindrom Senior-Locken. Ţinând cont că la unii pacienţi manifestările renale pot apare mai târziu decât cele oculare, identificarea anomaliei genetice corecte ar putea orienta managementul pacientului în direcţia cea mai potrivită încă din stadiile iniţiale ale bolii.

Bineînţeles, nu poate fi omis primul tratament ţintit pentru o afecţiune oftalmologică ereditară, voretigene neparvovec-ul (Luxturna, Spark Therapeutics), folosit pentru formele de amauroza congenitală Leber produse de mutaţii ale geneti RPE65. Luxturna a fost curând urmată de tratamente similare ţintite pentru anomaliile genelor GUCY2D şi MT-ND4, asociate cu amauroza congenitală Leber şi, respectiv, cu neuropatia optică ereditară Leber, aflate încă în trialuri clinice.

Un alt exemplu este dat cataracta congenitală juvenilă. Anumite forme ale acesteia sunt consecinţa anomaliilor în gena CYP27A1, asociată cu xantomatoza cerebrotendinoasă, boală multisistemică a cărei primă manifestare clinică este afectarea oculară. Terapia cu înlocuitori de acizi biliari, instaurată timpuriu, poate opri progresia bolii şi preveni instalarea celorlalte manifestări: boala cardiovasculară, boala hepatică cronică, osteoporoza, ataxia, crizele epileptice, demenţa.

Degenerescenta maculară legată de vârstă, o afecţiune oftalmologică frecventă, are o etiologie complexă, reprezentată de o combinaţie de factori de mediu şi predispoziţie genetică. S-a descoperit că o anumită combinaţie de variante genetice ale factorului de complement H şi ale genelor ARMS2 şi HTRA1

conferă purtătorului un risc de a fi afectat de până la 40 de ori mai mare. Şi în acest caz există un trial clinic pentru terapie genică ţintită pentru aceasta maladie, prin livrarea subretinală de ADN codificator pentru factorul de complement I.

Un alt exemplu deja devenit clasic este cel al opţiunilor oferite de farmacogenetică în terapia uveitei, afecţiune oculară în care se recomandă tratamentul cu azatioprina (Imuran) - imunosupresor având mielosupresia ca efect secundar, potenţial fatal. Responsabilă pentru mielosupresie este tiopurin metiltransferaza (TPMT), enzimă care metabolizează produşii secundari rezultaţi la catabolizarea azatioprinei; variantele TPMT cu o activitate enzimatică redusă duc la risc de toxicitate crescută a medicamentului. Testarea pentru mutaţii ale genei TMPT poate ajuta la predicţia efectului medicamentului şi la evitarea efectelor secundare potenţial fatale.

Toate aceste exemple ilustrează elocvent beneficiile includerii geneticii în abordarea afecţiunilor oftalmologice, ale colaborării continue cu specialistul în genetică medicală, de la primele rezultate ale investigaţiilor, până la stabilirea terapiei. Dincolo de această colaborare rămâne, pe de altă parte, o dificultate practică mult comentată în literatura de specialitate vest-europeană şi americană: cea a accesului eficient al medicului specialist la informaţiile privind genetica care este într-o permanentă "updatare", în limitele realiste ale timpului şi resurselor disponibile pentru procesul de învăţare şi translaţionare continuă din cercetare în practică – şi aceasta lăsând la o parte diferenţele geografice şi economice. Resurse potenţial utile sunt Registrul de Teste Genetice al NBCI – SUA (Genetic Testing Registry, Naţional Center for Biotechnology Information), Registrul Naţional de Teste Genomice – Marea Britanie (Naţional Genomic Test Directory), MedlinePlus, ORPHANET.

Cytogenomic Medical Laboratory oferă consiliere şi testare genetică prin tehnologii de ultimă generaţie.

# Manifestările clinice și tratamentul Sindromului Marcus Gunn

**Dr. Mihnea Vulpe,**
Medic specialist oftalmolog
Clinica Oftapro

**Ce este și de ce apare?**

Aproximativ 5% din cazurile de ptoză congenitală sunt asociate cu sindromul Marcus Gunn, majoritatea fiind cazuri unilaterale. Sindromul Marcus Gunn reprezintă o patologie congenitală care implică o pleoapă căzută (ptoză), care se ridică atunci când mandibula se contractă. Ptoza rezultă dintr-o eroare de inervație a mușchiului ridicător (levator) al pleoapei, care în loc să fie inervat de ramura superioară a nervului cranian III (oculomotor), primește inervație de la ramura mandibulară a nervului cranian V (trigemen), care inervează mușchii pterigoizi. Funcția primară a mușchilor pterigoizi este de a interveni în procesul de mișcare a mandibulei la nivelul articulației temporomandibulare, astfel pleoapa căzută se ridică atunci când gura este deschisă. Această patologie poate fi unilaterală sau bilaterală. Toți copiii cu ptoză congenitală trebuie examinați pentru a exclude sindromul Marcus Gunn prin rugarea acestora de a face diferite mișcări la nivelul mandibulei.

**Cum se manifestă și care sunt semnele întâlnite?**

O gamă largă de mișcări sinkinetice (simptom neurologic care constă în contracția involuntară simultană a altor mușchi atunci când se contractă voluntar un mușchi) anormale ale pleoapei căzute sau mișcări de clipire pot să apară. Gradul clipitului nu este neapărat proporțional cu gradul ptozei sau cu funcția mușchiului levator. Cel mai frecvent este întâlnit clipitul moderat (aproximativ 2-4 mm), urmat de cel ușor și apoi de cel sever. Reflexul de clipire constă într-o ridicare a pleoapei căzute la nivelul pleoapei contralaterale sau la un nivel mai sus în momentul stimulării mușchilor pterigoizi de aceeași parte. După ce contracția a luat sfârșit pleoapa revine rapid la poziția ptotică inițială. Amplitudinea clipitului este mai mare la privirea în jos. Această mișcare rapidă, anormală a pleoapei reprezintă de cele mai multe ori cel mai deranjant aspect al sindromului Marcus Gunn.

Semnele prezenței sindromului Marcus Gunn sunt reprezentate de: retracția pleoapei căzute în asociere cu stimularea ipsilaterală a mușchilor pterigoizi în contextul masticației, suptului, deschiderii gurii sau în contextul mișcării contralaterale a mandibulei; mișcări mai puțin frecvente care determină ridicarea pleoapei sunt reprezentate de protruzia mandibulei, zâmbire, căscat, strângerea dinților; de obicei părinții observă fenomenul atunci când bebelușul este alăptat; simptomatologia nu se ameliorează cu timpul, cu toate că pacienții pot învăța să mascheze mișcările pleoapei.

**În ce constă examinarea?**

Se realizează o examinare oftalmologică completă care include examinarea pupilelor (este important de evaluat dacă pleoapa acoperă axul pupilar putând duce astfel la ambliopie), verificarea acuității vizuale, cicloplegie, examinarea motilității oculare, testul cover, evaluarea fenomenului Bell (mișcarea în sus și spre exterior a globului ocular, atunci când ochiul se închide), poziția capului, evaluarea ptozei.

**Care este tratamentul?**

Dacă din punct de vedere cosmetic mișcările pleoapei sunt nesemnificative, tratamentul ptozei poate fi ignorat. Tratamentul poate fi clasificat în funcție de gradul ptozei astfel: ptoza este ușoară – se poate face o rezecție a mușchiului Müller și a conjunctivei (MMCR) sau se poate face o rezecție externă de mușchi levator; ptoza este moderat-severă – se poate face rezecție externă de levator; ptoză severă sau mișcări sinkinetice moderat-severe ale pleoapei, însoțite de funcție slabă a levatorului – dezinserția mușchiului levator pentru a înlătura mișcările sinkinetice asociat cu o suspensie frontală pentru a ridica pleoapa.

Cu toate că gradul ptozei și mișcările sinkinetice ale pleoapei sunt variabile, pacienții cu ptoză severă tind să aibă o mișcare amplă a pleoapei. Mișcările pleoapei sunt considerate ca fiind semnificative din punct de vedere cosmetic dacă depășesc 2 mm. Orice încercare de corecție a ptozei fără a aborda și mișcările aberante ale pleoapei conduce la o exagerare de mișcare a pleoapei la un nivel ce depășește limbul sclero-cornean superior.

OFTAPRO

Recepție: **0219252**;
0730 593 534 / 0764 740 081
E-mail: office@oftapro.ro;
Bd. Mărășești nr. 15, Sector 4,
București, www.oftapro.ro

# Bio Active MC,
## produs japonez de excepţie!

### Am fost contactaţi de aparţinătorii a două persoane care au folosit Bio Active MC.

Aceste cazuri sunt relatate de aparţinători către distribuitorul Magazinul Paradisul Verde din Braşov

**Pacientă din jud. Timiş, 62 ani**, cancer la colon, propusă pentru operaţie. Din cauza contextului medical, operaţia s-a amânat câteva luni. În acest interval, pacienta a consumat câte 3 pliculeţe/zi de Bio Active MC şi, la investigaţia preoperatorie, s-a constatat diminuarea tumorii în proporţie de 30%. Pacienta ne-a informat că va continua administrarea de Bio Active MC şi postoperator, pentru o mai rapidă recuperare a organismului.

**Pacientă în vârstă de 41 ani**, fără alte afecţiuni, a observat că i s-au inflamat doi ganglioni (care erau şi uşor dureroşi) în zona gâtului. Medicul a recomandat urmărirea lor şi investigarea peste câteva luni. Între timp, pacienta a decis să încerce câte 2 pliculeţe/zi de Bio Active MC, la recomandarea farmacistului. După 2 luni de administrare zilnică, a observat scăderea dimensiunii ganglionilor, precum şi faptul că aceştia nu mai dureau. Pacienta a decis să continue administrarea de Bio Active MC până la investigaţiile propuse de medic.

**Distribuitor:** MEDIMFARM TOPFARM www.medimfarm.ro

**Importator:** Euro Japan Trading

Recomandăm achiziţionarea din punctele de distribuţie menţionate pe site-ul nostru (farmacii sau magazine naturiste) şi verificarea compatibilităţii produsului cu tratamentul dat de medicul curant.

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


***Importator:***
***Daniela Cismaru Inescu***
*SC Euro Japan Trading,*
*Tel/Fax: 0368/ 452 849*
*Mobil: 0723.93.30.17*
*E-mail: office@ejtrading.eu •*
*Web: www.ejtrading.eu*


## De ce Bio Active MC?

- Deoarece sănătatea este mai bună decât toate şi meriţi să ai parte de ea!
- Deoarece conţine 100% extract din ciuperca Agaricus Blazei Murill, denumită „Ciuperca lui Dumnezeu", cunoscută pentru acţiunea anti-tumorală puternică.
- Deoarece ciuperca este cultivată în mediu natural, nu în seră, fără îngrăşăminte chimice.
- Deoarece **Bio Active MC** îţi oferă garanţia calităţii japoneze, prin mărcile primite de la asociaţii de Medicină Alternativă şi Complementară din Japonia.
- Deoarece îl achiziţionezi din farmacie sau plafar, cu indicaţii de administrare personalizate.
- Deoarece vezi minime îmbunătăţiri ale stării de sănătate în 10-12 ZILE!
- Deoarece sănătatea este mai bună decat toate şi meriţi să ai parte de ea!
- Conţine 120 de elemente necesare organismului (minerale, aminoacizi, oligoelemente) şi este uşor de înghiţit şi uşor de asimilat!

# Glaucomul – „hoțul tăcut al vederii"

Glaucomul reprezintă pierderea ireversibilă a vederii, existând în 2020 circa 76 milioane de pacienți cu diverse forme de glaucom (fig. 1), iar cifra va ajunge în 2024 la 112 milioane. La nivel global este a patra cauză de orbire după cataractă, vicii de refracție și degenerescența maculară legată de vârstă. Rata orbirii este de circa 10% în glaucomul primitiv cu unghi deschis și de 25% în glaucomul cu unghi închis.

**Prof. Dr. Camelia-Margareta Bogdănici**
Disciplina Oftalmologie
Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" Iași, Romania

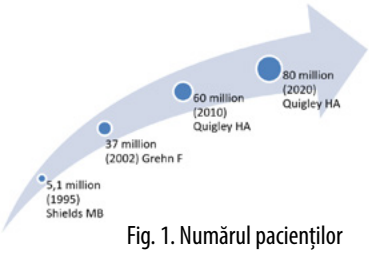



Fig. 1. Numărul pacienților cu orbire determinată de glaucom

Glaucomul primitiv cu unghi deschis reprezintă cea mai comună formă de glaucom în populația europeană. Glaucomul afectează aproximativ 3,5% din adulții peste 40 de ani iar prevalența crește dramatic odată cu vârsta.

În Europa, prevalența glaucomului este mai mare în Europa Centrală și de Est față de Europa de Vest. Prevalența cazurilor cu glaucom va crește în special în China sau India, în timp ce în SUA va rămâne relativ constantă. Glaucomul afectează cu predilecție femeile, adulții peste 40 ani, prevalența crescând cu vârsta indiferent de tipul glaucomului – glaucom primitiv cu unghi deschis (GPUD) sau cu unghi închis (GPUI). Glaucomul este de 6-8 ori mai frecvent în populația afro-americană, de 4-9 ori la pacienții cu istoric familiar de glaucom prezent (fig. 2 și 3).

Deși stadiile inițiale ale neuropatiei optice glaucomatoase sunt puțin simptomatice, și prin aceasta puțin susceptibile de a degrada în mod evident calitatea vieții pacientului, evoluția sa naturală în absența tratamentului merge spre o dezvoltare a defectelor perimetrice. Acestea vor avea în timp un răsunet major asupra vieții pacientului, putând avea drept rezultat final cecitatea. Din păcate se consideră ca doar jumătate din populație cunoaște/recunoște semnele bolii glaucomatoase.

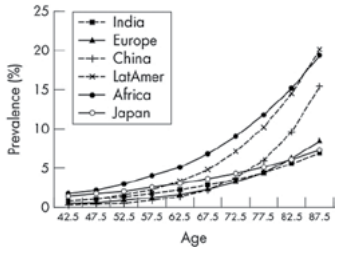



Fig. 2. Prevalența GPUD

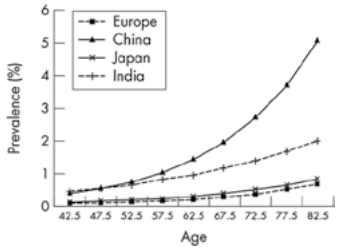



Fig. 3. Prevalența GPUI

Scopul inițierii terapiei glaucomului rămâne în principal evitarea apariției acestor deficiențe sau odată instalate, prevenirea agravării lor. Aceste deziderate se pot realiza prin abordarea unui tratament medicamentos, chirurgical sau a unei combinații a acestora. Trebuie subliniat faptul că odată începută terapia, prin complicațiile și efectele secundare pe care le declanșează, aceasta poate degrada calitatea vieții pacientului, chiar mai mult decât patologia însăși. În stadiile inițiale, terapia poate antrena din ce în ce mai frecvent o pierdere a adeziunii pacienților. Acest abandon are ca rezultat agravarea patologiei și implicit scăderea calității vieții pacienților, creând un veritabil „cerc vicios".

Glaucomul reprezintă o povară atât pentru pacient, clinician, cât și pentru familie sau apropiații pacientului, dar nu în ultimul rând și pentru societate.

*Pentru pacientul glaucomatos*, povara bolii provine din dificultatea de a menține o acuitate

JEOMED®
İLAÇ ve SAĞLIK ÜRÜNLERİ A.Ş.

# Tratament antiparazitar pentru blefarită

Managementul blefaritei cronice și demodicozei oculare

BlefariTTO®

DEMODEX

**81,25% din pacienții cu blefarită cronică prezintă infestare cu DEMODEX**

Gama de produse cu efect de barieră protectoare BlefariTTO este indicată în blefarita cronică, alergie, disconfort la purtarea lentilelor de contact, sindromul de ochi uscat, senzație de arsură la nivelul ochilor cauzate de Demodex, Propioni bacterium acnes și stafillococi, ochi obosiți datorită utilizării prelungite a aparatelor digitale (computer, smartphone sau consolă de jocuri), conjunctivită, ochi obositi, infecții bacteriene și infestări parazitare (demodex), infecție conjunctivală, disfuncția glandelor meibomiene, etc.

## Uleiul de Tea Tree
## are efect antibacterian, antiparazitar, antiinflamator, antiviral.

3D Vision 0744.629.515 office@eyecare.ro

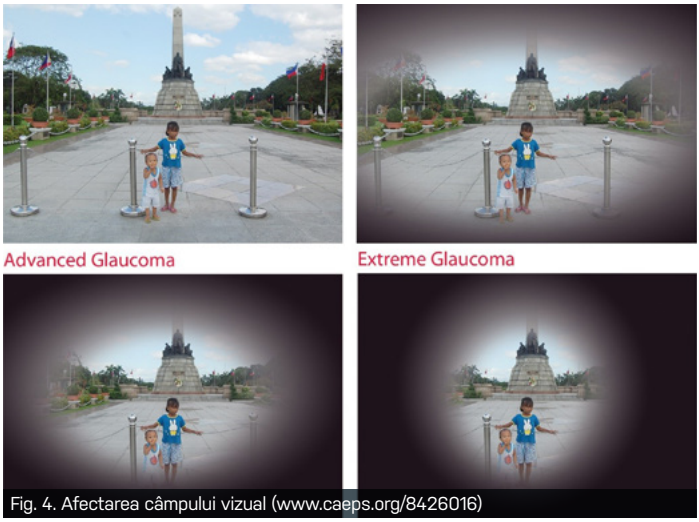


Fig. 4. Afectarea câmpului vizual (www.caeps.org/8426016)

vizuală normală și același standard al calității vieții. Problemele cele mai uzuale întâmpinate de pacient fac referire la activitățile zilnice precum mersul, urcatul scărilor, condusul, cititul, relațiile sociale sau chiar la administrarea picăturilor.

Acestea apar în mod special la pacienții cu deficite perimetrice avansate sau când sunt afectați ambii ochi. Acești pacienți vor pierde vederea, câmpul vizual, simțul cromatic, asociind depresie și anxietate.

Studii recente au dovedit că la pacienții de aceeași vârstă, șofatul va fi influențat mai ales la cei cu stadii avansate de glaucom care au modificări semnificative de câmp vizual (CV). Șofatul este influențat, iar pacientul trebuie conștientizat că datorită modificărilor de câmp vizual poate să nu observe anumite obstacole, sau chiar un biciclist care depășește mașina, că trebuie să fie atent mai ales pe ploaie, noaptea și că este necesar să renunțe la șofat. Problema noastră a medicilor este de a informa medicul de familie și chiar poliția. Aceste modificări apar prin afectarea evidentă a CV, modificări care trebuie aduse și la cunoștința pacientului cât și a familiei (fig. 4).

Modificările de CV interferă cu viața normală, pacientul glaucomatos având dificultăți la cumpărăturile normale, la traversarea străzii, la urcatul sau coborârea scărilor, ceea ce va duce la autoizolarea sa.

Vederea la aproape este, de asemenea, afectată: ritmul cititului, capacitatea de a citi un meniu, o factură, un ziar, o carte, un e-mail – funcție de severitatea bolii. Pacientul cu glaucom are probleme cu mersul (mersul este încetinit) și datorită faptului că nu are un balans bun. Un studiu în acest sens a arătat că există probleme atât la pacientul care este ținut într-un picior cu ambii ochi deschiși cât și la cei care au ochii închiși. Probleme apar și la simțul cromatic – în glaucomul incipient apărând modificări în axul galben-albastru pe când în glaucoamele avansate în axul roșu-verde.

Pacientul cu glaucom este anxios și depresiv. trece prin toate stadiile de frică și furie, de refuz al bolii. Faptul că un pacient are glaucom poate fi dovedit și prin efectul Mozart. Dacă se va efectua CV cu sau fără un fundal muzical, CV va fi mai bun cel efectuat cu muzică.

Familiei trebuie să i se explice toate modificările care vor apărea în cursul glaucomului și că trebuie să fie alături de pacient pentru că acesta se va izola și va suferi pentru că nu va putea participa la toate acțiunile familiei, excursie, nuntă etc.

*Pentru clinician*, povara bolii glaucomatoase vine din greutatea informării pacientului cu privire la diagnostic, cât și a tratamentului bolii glaucomatoase. Medicul trebuie să-i relateze pacientului că dacă va urma tratament corect toată viața, vederea nu se va altera dar și că fără tratament glaucomul duce la orbire. Medicul îi va explica pacientului alterările morfo-funcționale din glaucom și că trebuie să urmeze un control riguros.

*Pentru societate*, povara reiese din costul ridicat al tratamentului susținut de sistemul de sănătate, dar și din scăderea calității vieții, pierderea locului de muncă și necesitatea susținerii din partea familiei. Povara pentru societate este determinată atât prin cheltuielile medicale propriu-zise dar și prin scoaterea din activitate a pacientului.

În concluzie, diagnosticul precoce al glaucomului va reuși să mențină o vedere bună pentru pacientul cu glaucom - un timp îndelungat, oferindu-i acestuia un stil de viață aproape normal.

# MiYOSMART: modul inteligent de a trata miopia la copii

Se estimează că 5 miliarde de oameni, adică jumătate din populația globală, ar putea fi afectați de miopie până în anul 2050. Rata anuală a progresiei miopiei este cel mai des întâlnită la copii sub vârsta de 10 ani.

HOYA aduce în România tehnologia inovatoare MiYOSMART, o metodă de tratament non-invazivă adecvată copilului tău, sigură și ușor de utilizat care permite încetinirea progresiei miopiei. Cu ajutorul tehnologiei D.I.M.S., lentila corectează viciul de refracție pe întreaga sa suprafață având o zonă de tratament în formă de inel pentru a încetini progresia miopiei. Alternarea zonei de focalizare și a zonei de defocalizare oferă o vedere clară și gestionează miopia simultan.

De peste 60 de ani, HOYA Vision Care este lider mondial pasionat în inovarea din domeniul lentilelor de ochelari. Ca producător de lentile de ochelari de înaltă calitate și înalte performanțe, HOYA continuă să stimuleze inovația în tehnologia optică, cu scopul de a găsi cele mai bune soluții de îngrijire a vederii pentru specialiștii în îngrijirea ochilor. Compania furnizează lentile în 52 de țări, cu o rețea de peste 18.000 de angajați și 45 de laboratoare în întreaga lume.

**Unde ne poți găsi:**

**HOYA Lens România**
E-mail: marketing@hoyalens.ro
Website: https://www.hoyavision.com/ro/
Facebook: https://www.facebook.com/HoyaLensRomania/
Instagram: https://www.instagram.com/hoyalensromania/
YouTube: https://www.youtube.com/channel/UC-ujDTEjssqlCtlkLYFx94w
LinkedIn: https://www.linkedin.com/company/hoya-vision-care

# „Între medic și pacient trebuie stabilită o relație de încredere reciprocă și empatie"

**Interviu realizat cu Prof. Dr. Călin Giurcăneanu,** Președintele Societății Române de Dermatologie POZĂ DIN DERMATOLOGIE 2021 COPERTĂ

**SRD lansează numeroasele campanii de informare a populației despre afecțiunile dermatologice, cum a fost și Campania EuroMelanoma Day. Care sunt ultimele tratamente dezvoltate în cancerele de piele?**

**Mesajul:** prevenția este cea mai importantă! Aceasta se poate realiza prin utilizarea fotoprotecției atât mecanice prin haine, pălării, ochelari de soare cât și prin produse de tipul cremelor cu factor de protecție solară, prin verificarea anuală a aluniţelor la medicul specialist, unde cu ajutorul unui dermatoscop sau cu ajutorul unei platforme de dermatoscopie digitală de tipul unui Fotofinder, tehnologie de care dispunem și în Clinica de Dermatologie a Spitalului Universitar de Urgență Elias din București.

Totodată, studiile de specialitate arată că pacienții care au un număr mai mare de 15 aluniţe pe corp, trebuie să efectueze controale dermatologice mai frecvente, iar în cazul în care observă o modificare la nivelul unui nev, se recomandă un consult la medicul specialist, cât se poate de repede. În acest caz, pacientul se poate orienta după regula ABCDE, unde A = asimetrie, B = margine/border, C= culoare, D = diametru, E = evoluție.

Pacienților le este recomandată evitarea expunerii la soare în intervalul 11:00-17:00 pe perioada verii, iar în vacanță, utilizarea fotoprotecției se realizează atât cu ajutorul produselor dermatocosmetice SPF 50 aplicate pe piele cu cel puțin 20 de minute înaintea expunerii la soare și reaplicate la fiecare 2 ore cât și prin fotoprotecția mecanică, de exemplu pălării cu boruri largi și îmbrăcăminte special concepută pentru plajă și înot.

În ceea ce privește tratamentul melanomului, acesta presupune mai multe etape, principala și cea mai importantă pentru stabilirea diagnosticului fiind biopsia excizională a formațiunii tumorale cu efectuarea examenului histopatologic în urma căruia se decide dacă este necesară doar monitorizarea clinică și paraclinică (CT, RMN, ecografie ganglionară) sau efectuarea ganglionului santinelă, urmat de tratamentul în funcție de stadiul tumoral, cu citostatice (ex. dacarbazina), imunoterapie ( ex. nivolumab, ipilimumab, pembrolizumab), terapia țintită cu BRAF inhibitori (dabrafenib/trametinib) sau interferon; melanomul identificat în stadii incipiente are șanse de vindecare mari (95%) cu ajutorul acestor terapii, iar speranța de viață a pacienților cu această patologie a crescut.

**Psoriazisul afectează peste 2% din populație și se dezvoltă mereu terapii biologice. Care este rolul medicului dermatolog pentru a crește aderența la tratament a celor în cauză?**

În primul rând, trebuie să ținem cont de faptul că între medic și pacient trebuie stabilită o relație de încredere reciprocă și empatie. Trebuie avut în vedere faptul că pacientul cu psoriazis în evoluție de câțiva ani, poate avea o anumită vulnerabilitate emoțională, exprimată printr-un DLQI crescut.

Când un pacient cu psoriazis palmar vine în cabinetul meu, eu mă ridic și dau mana cu el, acest gest, oricât de normal pare, îi crește încrederea pacientului în medic și îl face pe acesta să se simtă acceptat și sprijinit.

De asemenea, comunicarea cu pacientul are un rol esențial, acestuia i se vor explica de la bun început terapiile disponibile pentru boala lui, i se va transmite faptul că trebuie să vină periodic în cabinet pentru reevaluări, întrucât psoriazisul este o patologie cronică și relativ imprevizibilă, direct influențată de stilul de viață și de foarte mulți factori de mediu, inclusiv de stresul neuropsihic al pacientului.

# Dermatocosmetice în acnee

Metode de îngrijire ale unui ten acneic – așa cum am precizat în articolul anterior prima și cea mai simplă măsură, care are rezultatele cele mai evidente cu cel mai mic efort, este spălarea/curățarea feței.

**Dr. Cătălin Burlacu**
Medic specialist
dermatovenerologie

A doua măsură - crema activă adecvată. Ea trebuie să calmeze inflamația coșurilor, să reducă aspectul uleios al pielii și să topească punctele negre. Multe acțiuni pentru un singur produs. În funcție de aspectul clinic dominant (acnee inflamatorie sau retențională) se alege și produsul comercial. Unele game au conceput deja produse doi în unu sau trei în unu, dar sunt și produse destinate unui singur aspect, de regulă cu concentrație mai mare de substanță activă. Care sunt substanțele active? Peroxidul de benzoil un excelent antiinflamator în concentrații cosmetice de 2,5%, acidul salicilic (un bun comedolitic-topește punctele negre), sulful (are efect antiseboreic și antibacterian), hidroxi-acizii (acizii din fructe-acidul glicolic este cel mai folosit ca și comedolitic), retinol (comedolitic). În gama TEEN DERM de la ISISPHARMA găsim produse special formulate atât pentru acneea inflamatorie cât și pentru acneea retențională, ce conțin complexul alfa-pure, cu acțiune în toate etapele de apariție a acneei.

Dacă pielea este deja uscată, roșie, fisurată de la medicamentele anti-acneice sau de la excesul de igienă, există creme reparatorii speciale și produse mai blânde de curățare.

Un alt aspect important este camuflarea leziunilor. De la mai recentele formule - creme texturate opace, care își păstrează proprietățile hidratante până la fondurile de ten terapeutice, care conțin substanțe active antiacneice, la cele cu putere de camuflare mare, sau cele destinate tenului sensibilizat, ele trebuie să respecte o regulă de aur: să nu fie comedogene. Asta înseamnă să fi fost testate pentru a nu produce ele însele acnee și să poarte o inscripție în acest sens (Non-comedogenic). Nu doar fondurile de ten pot fi comedogenice ci chiar produsele de curățare sau cremele care conțin grăsimi (uleiuri de regulă, de măsline, cocos, porumb, susan, isopropyli, propylen glicol, vaselină, uleiuri minerale).

Pacienții cu ten acneic iritat sunt tentați adesa să folosească o cremă mai grasă, dar trebuie sa fie foarte atenți la conținutul acesteia.

VEDRA INTERNATIONAL

ENGELHARD ARZNEIMITTEL

# Nisita®

## SPRAY ŞI UNGUENT

## TANDREȚE ŞI IGIENĂ PENTRU UN NAS SĂNĂTOS

**Potrivit pentru femei gravide şi sugari**
**Nisita®**

Menține gradul de hidratare al mucoasei nazale și acționează ca un filtru pentru potențialii agenți iritanți:

- **virusuri;**
- **bacterii;**
- **alergeni.**

**De ce Nisita®:**

- **soluție izotonică;**
- **potrivit pentru o utilizare îndelungată;**
- **poate fi utilizat la nou născuți şi copii mici.**

VEDRA INTERNATIONAL
a ales pentru Dumneavoastra...

# Regulatpro®
## Intotdeauna sănătos!

## Regulatpro Bio

Regulatpro Bio este produs prin fermentare în cascadă - o metodă unică patentată în anul 2004. Reprezintă concentrat bioactiv care conține fragmente enzimatice: di-, tri- și oligopeptide, precum și polifenoli, flavonoide și componente probiotice din fructe, miezuri și legume, cultivate în condiții ecologice semințe. Regulatpro Bio reface sinteza enzimelor din organism și mărește producerea de ATP în celule.

- ✓ Reglează procesele biochimice normale din corp
- ✓ Duce la detoxifiere rapidă și eficientă
- ✓ Reduce stresul oxidativ
- ✓ Menține echilibrul acido-bazic în limite fiziologice
- ✓ Stimulează imunitatea nespecifică
- ✓ Reglează și menține flora intestinală normală

## Regulatpro Metabolic

Regulatpro Metabolic este un supliment alimentar care activează procesele enzimatice din corp. La concentratul bioactiv de fragmente enzimatice din Regulatpro Bio sunt adăugate vitamine din grupul B, vitamina C, vitamina D, minerale și microelemente, care acționează ca și cofactori naturali ai enzimelor sistemice.

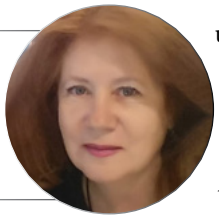
- ✓ Influențează metabolismul glucozei
- ✓ Normalizează metabolismul proteinelor
- ✓ Consolidează imunitatea
- ✓ Ajută funcționarea mușchilor și a țesutului conjunctiv
- ✓ Creează o protecție puternică antioxidantă
- ✓ Menține echilibrul electrolitic
- ✓ Elimină oboseala
- ✓ Ajută la reducerea greutății

Regulatpro Bio și Regulatpro Metabolic nu conțin coloranți, conservanți, alcool, zahar, gluten, lapte sau potențiatori de aromă, potrivite pentru vegani. O doză de 100 ml Regulatpro Metabolic este egală cu o unitate de pâine.

# Trauma sonoră

Mediul în care trăim, în care ne desfășurăm activitățile, este inundat de tot felul de noxe. Unul dintre acestea este zgomotul.

**Dr. Toader Miorița**
Medic primar ORL,
Doctor în științe medicale,
Spitalul Clinic de Urgență
Pentru Copii „Grigore
Alexandrescu" București



**Dr. Toader Corneliu**
Medic primar chirurgie neurovasculară,
Inst. Național de Neurologie și
Boli Neurovasculare București

Zgomotul, sub diversele sale forme, mai brutale sau mai subtile, poate influența în mod negativ segmentul nervos inițial al aparatului auditiv, respectiv urechea internă.

Zgomotul reprezintă acea senzație auditivă cu caracter dezagreabil în raport cu activitatea umană ce poate determina modificări atât la nivelul aparatului auditiv dar și la nivelul întregului organism.

Acțiunea nocivă a zgomotului asupra aparatului auditiv depinde de:

- tipul zgomotului
- durata de acțiune a acestuia
- intensitatea zgomotului

Urechea umană este protejată de zgomot până la intensități de 80-85 dB.

Hipoacuzia apare atunci când se petrec cel puțin 8 ore într-un zgomot de peste 80dB.

Caracterul intermitent al zgomotului, cu expunerea întreruptă de pauze, poate face ca urechea să tolereze și sunete de peste 80dB.

Aceste intervale de relaxare a urechii permit ca la sfârșitul zilei oboseala auditivă să fie mai mică.

Peste această limită zgomotul poate produce leziuni reversibile sau ireversibile asupra auzului, putând produce surditate tranzitorie sau definitivă.

În cazul în care expunerea continuă, pragul auditiv crește, iar scăderea de auz inițială se accentuează.

Trecerea acestui prag înseamnă de cele mai multe ori și o ireversibilitate a leziunilor, cu instalarea definitiv a hipoacuziei.

O ierarhizare a mediului zgomotos în care trăim s-ar putea face astfel:

- vocea șoptită are 30 decibeli
- conversația normală are 60-70 decibeli
- traficul rutier are 85 decibeli
- concertul rock are 110 decibeli
- ciocanul pneumatic are 110-115 decibeli
- sirena ambulanței are 120 decibeli
- arma de foc 140 decibeli

Frecvențele înalte sunt mai nocive decât cele joase.

Trepidațiile asociate favorizează și accentuează trauma sonoră.

Hipoacuzia este consecința leziunii celulelor ce recepționează unda sonoră în urma depășirii limitei de elasticitate a mecanismului auditiv periferic, și se poate produce fie brusc, fie prin o expunere îndelungată la microtraumatisme sonore. Creșterea în acest mod, din când în când, a intensității sunetului, duce la alterarea intermitentă a câte unei celule auditive, iar după un interval de timp, prezența hipoacuziei de percepție este evidentă.

Scăderea auzului este de obicei târziu percepută, atunci când boala s-a instalat ireversibil, deoarece hipoacuzia în general nu doare.

## Trauma sonoră

Este alterarea auditivă și definește hipoacuzia determinată de expunerea excesivă la zgomot, fie unic și cu caracter impulsiv (traumă sonoră acută), fie îndelungat, în cadrul anumitor profesii (surdități profesionale).

Traumele sonore acute sunt determinate de zgomote impulsive intense, continue și de scurtă durată. Acestea se manifestă prin scădere de auz brutală, cu senzația de ureche înfundată sau jenă auditivă la zgomot, ce se însoțește de durere la nivelul urechii (otalgie) și zgomote percepute la nivelul urechii (acufene). Mai rar poate să apară durere de cap, astenie, oboseală intelectuală, anxietate, tulburări vizuale.

Efectele zgomotului asupra organismului se manifestă atât la nivelul auzului, cât și la nivel general.

La nivelul funcției auditive, zgomotul îndelungat produce următoarele modificări:

- adaptarea auditivă, manifestată prin atenuarea sunetelor puternice

- oboseala auditivă, manifestată prin persistența unei sensibilități auditive și după terminarea zgomotului
- surditatea, manifestată prin scăderea permanentă a auzului atunci când zgomotul este foarte intens sau de durată foarte lungă

La nivel general, au loc următoarele modificări:

- reacții vegetative cu modificarea ritmului cardiac, creșterea tensiunii arteriale, creșterea frecvenței respiratorii, efecte de ordin metabolic, perturbarea echilibrului hormonal;
- toate aceste modificări fac să luăm în considerare zgomotul ca fiind un factor de stres;
- modificări ale somnului, precum dificultăți de adormire, mai ales la persoanele în vârstă
- modificări comportamentale, de tipul: tulburări de concentrare, modificări ale comportamentului de tip izolare sau agresivitate, mai ales la acele persoane care sunt predispuse la aceste manifestări.

Pragul critic de la care un sunet devine nociv este de 85-90 decibeli.

Expunerea la 130 decibeli timp de 15 minute poate duce la leziuni definitive.

Dacă expunerea la un zgomot intens de 130 decibeli se prelungește peste 15 minute, ca în cazul lucrului lângă motoarele pornite ale unui avion, fără protecție auditivă, sau expunerea durează câteva ore chiar la un zgomot mai slab de 100 decibeli, se poate ajunge la hipoacuzie ireversibilă.

Scăderea auzului se realizează în mai multe etape. Pierderea auzului este reversibilă inițial și poate să apară la toate persoanele expuse la zgomot câteva ore, în așa numita fază de obișnuință. Se poate asocia durerea de cap, zgomotele în urechi și vertijul, care pot dispărea după câteva ore și pot reapare după o nouă expunere la zgomot.

În următoarea etapă audiograma arată modificări, iar pacientul are tulburări de auz în condiții de zgomot. Ulterior se instalează o dificultate în înțelegerea conversației în mediul cu zgomot.

În etapa următoare urmează ca auzul social să devină deficitar și acufenele să fie mult mai frecvente.

Surditatea majoră presupune ca percepția vorbirii să fie foarte dificilă iar handicapul social major. Evoluția surdității profesionale ține de mulți factori, dar dintre cei mai importanți amintim intensitatea sunetului, durata expunerii la zgomot și vârsta.

Pierderea auzului este mai rapidă în primii ani de expunere, ca mai apoi, după aproximativ 10 ani, evoluția pierderii de auz să se stabilizeze.

Tratamentul surdității acute este o urgență și trebuie instituit cât mai repede posibil, de preferat în primele 24 de ore.

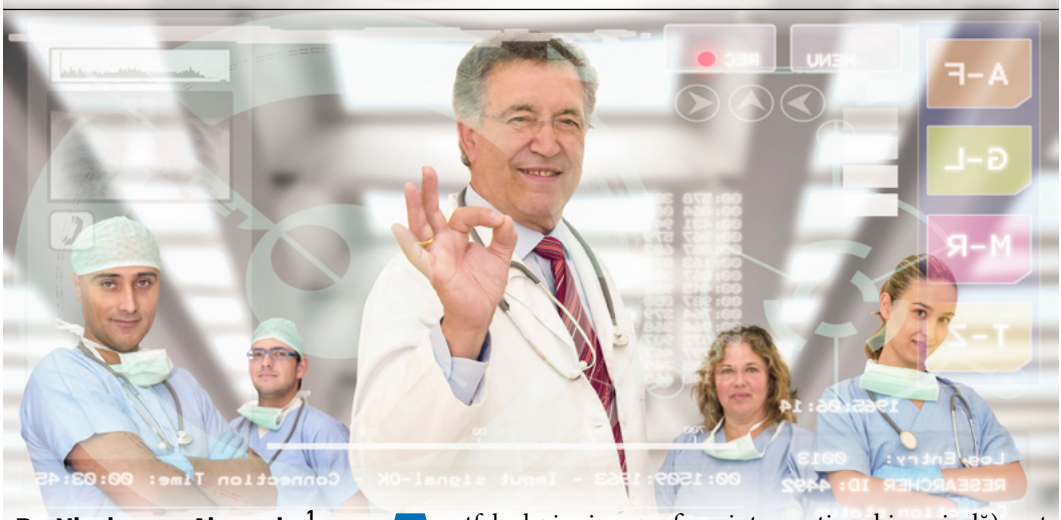
Tratamentul constă în administrarea de antiinflamatoare steroidiene, vasodilatatoare, vitaminoterapie, oxigenoterapie hiperbară și chiar tratament chirurgical, acolo unde este cazul. În absența tratamentului, surditatea este ireversibilă, iar acufenele pot persista luni sau ani, cu posibilitatea de a se atenua în timp.

Recuperarea completă în câteva zile poate fi întâlnită, rareori fiind spontană.

Cu cât tratamentul este început mai devreme, cu atât rezultatele obținute sunt mai bune. Uneori spitalizarea se impune pentru aportul de mijloace terapeutice specializate, pentru asigurarea unei supravegheri medicale și pentru realizarea controlului audiometric.

# Tehnologii noi în tratamentul afecțiunilor laringiene

Otorinolaringologia este astăzi o specialitate chirurgicală care se bazează poate mai mult ca oricare alta pe tehnologia endoscopică, iar această transformare a survenit într-un timp relativ scurt. Dacă în urmă cu 20 de ani laringoscopia indirectă și rinoscopia posterioară erau manevre de diagnostic care presupuneau ani de experiență din partea examinatorului, minute bune de disconfort pentru pacientul examinat și o imagine nereproductibilă a cărei interpretare depindea strict de medicul examinator, astăzi avem la dispoziție un arsenal de dispozitive endoscopice flexibile și rigide, conectate la surse de lumină performante și la filtre de imagine cu definiție înaltă care permit o examinare rapidă, cu minim disconfort și obținerea de informații reproductibile de calitate despre patologia analizată.



**Dr. Nicolaescu Alexandru[1];**

**Dr. Agachi Luminița[2]**

Spitalul de Urgență al M.A.I. „Prof. Dr. Dimitrie Gerota" București – Compartiment O.R.L.

1 – Medic Primar O.R.L., Inspector Principal de Poliție

2 – Medic Primar O.R.L., Comisar Șef de Poliție, Șef Compartiment

**Autor corespondent:**
**Dr. Alexandru Nicolaescu,**
medic primar ORL

Astfel, leziuni superficiale cu potențial de degenerare malignă sunt observabile mult mai devreme și tratamentul acestora va avea un caracter funcțional, cu morbiditate și sechele mult diminuate pentru pacient. Deși diagnosticul de certitudine al oricărei afecțiuni rămâne în continuare examenul histopatologic, utilitatea unor tehnologii care să permită diferențierea leziunilor și deci luarea unei decizii rapide chiar în cadrul consultului inițial ("follow-up" sau intervenție chirurgicală) este imensă – iar acest deziderat a dat naștere tehnicilor de îmbunătățire a imaginii ("image enhancements"), tehnologii ce au apărut în portofoliul principalilor producători de sisteme de videoendoscopie.

## Metode - principii de funcționare

De la introducerea endoscopiei de contact – ce utilizează coloratii intravitale pentru obținerea unui contrast superior și deci pentru o apre-

ciere mai corectă a leziunilor – cu aplicații limitate în patologia O.R.L., producătorii au dezvoltat tehnologii cu scop similar, dar modalități de funcționare diferite. Astfel, cei de la Olympus au introdus tehnologia NBI® ("narrow band imaging" – Olympus Corp. Japonia). Aceasta utilizează proprietățile fizice ale hemoglobinei pentru a evidenția vascularizația epiteliului superficial. Concret, lumina emisă de sursa endoscopului este trecută printr-un filtru de bandă îngustă care permite trecerea doar a două lungimi de frecvență – lumina albastră de 415 nm și lumina verde de 540 nm. Acestea sunt importante deoarece sunt cel mai bine absorbite de hemoglobină și reflectate de epiteliu și oferă astfel o imagine detaliată despre vascularizația superficială a regiunii examinate precum și despre vasele de calibru intermediar situate în profunzime. Cum dezorganizarea vasculară este principalul semn al displaziei, urmărirea pattern-ului de vascularizație este un reper fiabil în decelarea leziunilor premaligne sau maligne.

În cazul producătorului Karl Storz – specializat în tehnică medicală endoscopică multi-specialitate, tehnologia de image enhancing este comercializată sub denumirea de SPIES®, acronim al Storz Professional Image Enhancing System (Karl Storz Corp., Tuttlingen, Germania). Principiul de funcționare este similar – absorbanța selectivă a hemoglobinei din vasele sanguine a

luminii pe o anumită lungime de undă. Însă, în acest caz, imaginea este obținută după expunerea la lumină albă (cu toate lungimile de undă), iar prelucrarea imaginii este apoi realizată digital, prin preluarea doar a anumitor lungimi de bandă de lumină – astfel realizând reliefarea desenului vascular al epiteliului superficial. Sunt disponibile 5 filtre de imagine în cadrul SPIES: CLARA (creează o imagine cu contrast ridicat), CHROMA (scoate în evidență regiunile din imagine mai puțin luminate), SPECTRA A (similar cu mecanismul Olympus NBI – folosește un filtru digital pentru recuperarea luminii albastre – 400-480 nm și verzi 500-570 – astfel reliefând vascularizația epiteliului superficial) și SPECTRA B (adaugă și elementele vasculare mai profunde, vizibile în imaginea cu lumină albă obișnuită). Primele două filtre se pot combina pentru o imagine îmbunătățită (CLARA + CHROMA), asemenea celor două filtre SPECTRA.

## Concluzii

Conform studiilor efectuate, tehnologiile de tip "image enhancement" sunt comparabile ca eficiență, indiferent de producător și reprezintă o unealtă eficientă în decelarea neoangiogenezei din cadrul leziunilor displazice, corelându-se cu rezultatele histologice în peste 80% din cazuri. Acest fapt le recomandă pentru evaluarea de screening la pacienții cu risc (fumători, infecție HPV etc.), pentru aprecierea intraoperatorie a marginilor de rezecție, precum și pentru follow-up-ul pacienților cu leziuni maligne operate sau radiotratate. Deși nu elimină necesitatea confirmării histologice – aceste veritabile „biopsii optice" au cu certitudine un loc important și de viitor în arsenalul medicului otorinolaringolog.

# Vaccinarea contra infecţiilor pneumococice în patologia ORL

Agenții patogeni virali (virusul sinciţial respirator și virusurile gripale sau paragripale) cât și cei bacterieni (în principal Strepococcuspneumoniae și Haemophilusinfluenzae), pot provoca diverse boli cum ar fi meningita, pneumonia și otita medie acută (OMA). Povara bolii produsă de infecția cu Streptococcuspneumoniae este importantă datorită dezvoltării atât a formelor invazive care pot determina o mortalitate crescută, reprezentate de bacteriemie, meningită și pneumonia bacteriemică, cât și prin manifestările frecvent înregistrate mai ales la copii, de formenon-invazive, care sunt afecțiunile de tract respirator, OMA, pneumonia non-bacteriemică, sinuzita și bronșita.

Vaccinarea rămâne o strategie importantă pentru reducerea atât a poverii bolii produse de Streptococcuspneumoniae dar şi limitarea fenomenului de rezistenţă la antibiotice.

**Prof. Univ. Dr. Doina Azoicăi,**
UMF „Grigore T. Popa" Iași

**Asist. univ. Dr. Alice Nicoleta Azoicăi**
Spitalul Clinic Universitar de Copii „Sfânta Maria" Iași

La nivel mondial, boala pneumococică este endemică, iar frecvenţa acesteia, mortalitatea şi complicaţiile sunt mai crescute în ţările în curs de dezvoltare comparativ cu cele din ţările industrializate. Interpretarea datelor privind diferenţele în ceea ce priveşte riscul de boală trebuie să ia în considerare şi faptul că au fost observate variaţii în utilizarea testelor diagnostice sau în implementarea programelor de vaccinare. Incidenţa bolilor pneumococice diferă de la o regiune la alta, fiind înaltă la copiii sub vârsta de 5 ani, scăzută la copiii mari și adulţii tineri sănătoşi, crescând din nou la persoanele cu imunosupresii determinate de variate comorbidităţi sau vârsta înaintată.

La nivel global, infecţia cu *Streptococcuspneumoniae* este asociată cu aproximativ 1 milion de decese în fiecare an la copiii cu vârsta de sub 5 ani. În ţările în curs de dezvoltare, *Streptococcuspneumoniae* și *Haemophilusinfluenzae* sunt cauze frecvente ale infecţiilor respiratorii acute (ARI) la copii, astfel încât pneumococcul poa-

te fi izolat la aproximativ 30% dintre pacienții cu ARI la care etiologia este identificată și este asociată semnificativ cu raportul caz-fatalitate mai mare decât în situația ARI de etiologie virală. În țările dezvoltate OMA și bacteriemia fără focalizare sunt cauze frecvente de prezentare a pacienților la medic. În Statele Unite datele colectate printr-o supraveghere epidemiologică activă relevă faptul că infecția cu *Streptococcuspneumoniae* determină peste 3 000 de cazuri de meningită, 50 000 de cazuri de bacteriemie, 125 000 de cazuri de spitalizări pentru pneumonie și 7 milioane de cazuri de OMA.

Anterior introducerii vaccinurilor conjugate pneumococice, s-a estimat că patru din cinci sugari ar putea avea un episod de OMA înaintea vârstei de trei ani, incidența maximă înregistrându-se la vârste de șase până la 18 luni. În proporție de 40% dintre aceștia pot să dezvolte cel puțin șase episoade recurente de boală înainte de vârsta de șapte ani iar multe din cazurile de OMA recurente instalează complicații. În aceste circumstanțe se înregistrează o creștere a ratei spitalizărilor și tratamentului chirurgical (timpanotomia) care pot determina totodată și cheltuieli importante pentru sistemul de sănătate.

Particularitățile legate de localizarea pneumococului la nivelul nasofaringelui, care este considerat principalul rezervor bacterian, face ca transmiterea de la o persoană la alta să fie mult mai frecventă. Infecțiile pneumococice sunt precedate de colonizarea bacteriană a mucoasei nasofaringelui unde bacteriile pot persista ca parte a florei extracelulare fără a provoca îmbolnăvirea. Flora nasofaringiană este complexă, constând în mod normal din bacterii nepatogene cum ar fi streptococii α-hemolitici aerobi, streptococi anaerobi și *Prevotellamelaninogenica* dar și din potențiali agenți patogeni respiratori precum Streptococcuspneumoniae, *Haemophilusinfluenzae* și *Moraxellacatarrhalis*.

Colonizarea nasofaringiană cu *Streptococcuspneumoniae* este mai frecventă la copiii cu vârste mici față de adulți și variază în funcție de diverși factori cum ar fi: diferențe genetice care influențează probabilitatea de colonizare a nasofaringelui, condițiile socioeconomice care generează aglomerarea, lipsa de salubritate, dimensiunea familiei dar și contactele repetate pentru asistența zilnică de îngrijire, accesul limitat la asistență medicală, contextul legat de diferențele geografice.

Un factor important care contribuie la creșterea morbidității și mortalității prin infecțiile cu *Streptococcuspneumoniae* este reprezentat, inclusiv, de rezistența la antibiotice, care este în prezent într-o progresie galopantă. Referindu-ne la OMA, există în prezent dovezi care explică eșecurile tratamentului acestor afecțiuni în relație directă cu rezistența penumococilor implicați în etiologia acestei patologii.

Deși aproximativ 80% dintre cazurile de OMA evoluează spre o ameliorare sau vindecare spontană, în 2–14 zile, se recomandă o atitudine de „vigilență de expectativă" pentru cele mai multe cazuri apărute la copii cu vârsta de peste 6 luni, unde antibioticul nu este utilizat până la momentul stabilirii gravității infecției. Se estimează că antibioticul este necesar doar pentru 20–30% dintre cazurile de OMA, iar prescrierea acestuia trebuie realizată în conformitate cu recomandările ghidurilor. Cu toate acestea, antibioticele sunt încă la baza tratamentului OMA în cele mai multe țări. Utilizarea inadecvată a antibioticelor a dus la niveluri crescute de rezistență care complică tratamentul afecțiunilor cauzate de acești patogeni, fiind astfel o problemă semnificativă la nivel mondial. Deși pentru *Streptococcuspneumoniae*, rezistența variază în diferite țări, este mult mai frecventă pentru anumite serotipuri pneumococice. În acest context prevenția primului episod de OMA este importantă deoarece un episod de OMA la un copil sub 6 luni crește riscul apariției episoadelor recurente cu peste 60%.

Pe baza acestor evidențe vaccinarea rămâne o strategie importantă pentru reducerea atât a poverii bolii produse de *Streptococcuspneumoniae* dar și limitarea fenomenului de rezistență la antibiotice. Pentru evitarea instalării OMA vaccinarea este considerată ca singura măsură capabilă sa aibă un impact major. În conformitate cu acest consens o serie de țări au recunoscut importanța prevenirii OMA și au elaborat recomandări în susținerea vaccinării prin programele naționale.

Dovada eficienţei vaccinării pneumococice a fost atestată prin rezultatele studiilor post-marketing constatându-se, de exemplu în Statele Unite, la câţiva ani după introducerea în anul 2000 a PCV7 (vaccin pneumococic conjugat cu 7 valenţe), reducerea de până la 28% a episoadelor frecvente de OMA, 23% a ratei de utilizare a tubului de ventilaţie, 42% a prescripţiilor tratamentelor cu antibiotice şi 43% a vizitelor medicale legate de OMA la copiii sub vârsta de 2 ani. În Marea Britanie, după introducerea PCV7, a existat o reducere cu 22% a incidenţei OMA la copiii cu vârsta de sub 10 ani. Totodată s-a remarcat scăderea ratelor de incidenţă a tulpinilor de pneumococ rezistente la penicilină, atât la cazurile cu infecţii invazive cât şi în izolatele obţinute de la nivelul urechii medii şi nasofaringie.

Licenţierea vaccinului pneumococic conjugat cu 10 valenţe (PCV10) a adus perspectiva unui beneficiu suplimentar de protecţie.

Vaccinul pneumococic conjugat cu 13 valenţe (PCV-13), cel mai nou în seria vaccinurilor conjugate pneumococice, cuprinde serotipuri componente suplimentare, toate antigenele fiind conjugate la toxina difterică modificată.

Suplimentar recomandărilor de vaccinare a tuturor copiilor în primii ani de viaţă cu vaccinul conjugat prin Programul Naţional de Vaccinare este de luat în considerare vaccinarea pneumococcică la pacienţii cu imunodeficienţe asociate. Copiii şi adulţii cu surditate importantă care urmează să fie programaţi pentru un implant cohlear, cât şi cei cu displazii congenitale ale urechii interne au recomandarea să primească toate vaccinurile administrate la persoanele imunocompetente, în conformitate cu schemele naţionale de vaccinare, dar şi a vaccinurilor suplimentare în funcţie de antecedentele lor vaccinale. Între aceste vaccinuri, cel pneumococic este recomandat înainte cu cel puţin 2 săptămâni faţă de momentul intervenţiei de implant cohlear. În cazul pacienţilor cu implant cohlear, surditate majoră sau programaţi să primească un implant cohlear, care au ≥ 24 luni şi au fost vaccinaţi până la această vârstă cu schema standard conţinând vaccinul conjugat, se va recomanda administrarea vaccinului polizaharidic PPSV23 la cel puţin 8 săptămâni după administrarea ultimei doze de vaccin conjugat. La pacienţii cu vârsta de > 19 ani care au primit anterior PPSV23, poate fi administrată o doză de vaccin PCV13 la cel puţin 1 an de la ultima doză de PPSV23. În situaţia în care vaccinarea nu s-a putut realiza înainte de intervenţia de implant se va urmări aplicarea recomandării de vaccinare cu vaccinurile pneumococice, meningococice, sau anti *Haemophilusinfluenzae* (dacă este cazul, în funcţie de schemele vaccinale primite anterior), la un interval cât mai scurt de la momentul postoperator.

## Concluzii

Povara importantă a bolilor determinate de infecţiile cu *Streptococcus* pneumonie poate fi redusă prin aplicarea schemelor de vaccinare, atât cele naţionale cât şi cele suplimentare, inclusiv în cazul copiilor care nu au urmat Programul Naţional de Vaccinare sau a persoanelor cu vârste de peste 19 ani şi aflaţi la risc. Frecvenţa crescută a cazurilor de OMA determinate de infecţia cu *Streptococcuspneumoniae*, care pot fi urmate de recurenţe, mai ales la copiii care dezvoltă complicaţii invalidante, dar şi considerentele legate de mecanismele particulare de colonizare a nasofaringelui cu acest germene, fenomenele de rezistenţă la antibiotice a tulpinilor circulante de pneumococ, susţin utilizarea vaccinării ca o măsură cu eficienţă crescută în prevenirea acestor îmbolnăviri.

Atât copiii cât şi adulţii din categoria de risc suplimentar cu surditate şi care necesită implant cohlear vor urma o schemă adaptată în funcţie de antecedentele lor vaccinale în care protecţia faţă de infecţia cu pneumococ, meniningococ şi *Haemophilusinfluenzae* poate fi asigurată prin recomandarea preparatelor existente care s-au dovedit a prezenta o eficienţă crescută în prevenirea acestor infecţii care pot accentua incapacitatea şi scad considerabil calitatea vieţii.

# Diagnosticul sindroamelor vestibulare

Diagnosticul pacientului cu vertij și/sau amețeală reprezintă o provocare pentru medicul specialist otorinolaringolog. Această specialitate este extrem de vastă, acoperind patologia unor organe foarte diferite. Patologia cervicală necesită dobândirea unor deprinderi chirurgicale diferite de cele necesare în chirurgia endoscopică a nasului și a sinusurilor paranazale sau în chirurgia otologică. În acest context, otoneurologia, acea parte a otorinolaringologiei care este destinată diagnosticului și tratamentului afecțiunilor urechii interne și a legăturilor acesteia cu stucturile sistemului nervos central, pune probleme diferite și în consecință reprezintă o provocare pentru medicul specialist ORL. Această subspecialitate a otorinolaringologiei este situată la limita dintre neurologie și otorinolaringologie; probabil mai apropiată de neurologie. Acest fapt face că abordarea diagnostică și terapeutică a pacientului cu amețeală și/sau vertij să fie oarecum mai dificilă pentru medicul otorinolaringolog, necesitând un alt tip de raționament medical față de cel pe care îl folosim uzual la restul pacienților ORL.

**Conf. Dr. Gabriela Cornelia Mușat,**

medic primar ORL

Spitalul Clinic „Sf.Maria" București

Sindroamele vestibulare sunt entități patologice care în funcție de locul leziunii se împart în periferice, în cazul în care leziunea este situată în urechea internă, și centrale, atunci când leziunea este situată la nivelul sistemului nervos central. Aria de expertiză a specialistului otorinolaringolog acoperă sindroamele vestibulare periferice, în care leziunea se află la nivelul urechii interne, dar se extinde, datorită diagnosticului diferențial complex, a intricării leziunilor, și asupra sindroamelor vestibulare centrale.

Urechea internă are atât funcție auditivă, cât și funcție în menținerea echilibrului organismului. Partea anterioară a urechii are exclusiv funcție auditivă, în timp ce partea posterioară (vestibulul și canalele semicirculare) are funcția de detectare a mișcărilor capului, sesizând poziția acestuia în câmpul gravitațional. Urechea internă este situată în profunzime, în stânca temporalului, ca un sistem de cavități cu o anatomie complexă, fără posibilitatea unei examinări directe. Din acest motiv, de-a lungul timpului, s-au dezvoltat o multitudine de modalități de explorare a funcționalității acestei părți a urechii care să compenseze lipsa posibilităților de vizualizare directă a eventualelor leziuni.

Examinarea pacientului cu afecțiuni vestibulare centrale sau periferice se face parcurgând o serie de pași prin intermediul cărora se culeg informații multiple care în final sunt analizate, integrate, comparate pentru a pune diagnosticul. Acest demers diagnostic necesită cunoștințe vaste despre anatomia, fiziologia și fiziopatologia sistemului vestibular. Primul pas și cel mai important în diagnosticul sindroamelor vestibulare este anamneza. Această etapă este considerată ca fiind cea mai importantă, deoarece ne poate conferi elemente care să asigure un diagnostic corect în cea mai mare

parte din cazuri, de aceea nu trebuie tratată cu superficialitate. Datele obținute din examenul clinic și din explorările paraclinice nu pot substitui informațiile extrem de importante pentru diagnostic pe care le culegem din anamneză.

Examinarea clinică a pacientului cu amețeală/vertij este următorul pas. Se efectuează un examen clinic otorinolaringologic complet care să cuprindă și examinarea funcției auditive și examinarea nervilor cranieni. În această etapă vom supune pacientul la diferite teste specifice care sunt cuprinse în partea de examinare vestibulară. Aici vorbim despre investigarea nistagmusului spontan, a nistagmusului provocat prin HST (head shaking test), HIT (head impulse test), a nistagmusului provocat poziţional, a testului Romberg sau Unterberger/Fukuda, a testelor de deviație segmentară statică sau dinamică. Nu trebuie neglijată examinarea neurologică, în special testele cerebeloase: adiadocokinezie (imposibilitatea de a efectua mișcări antagoniste în succesiune rapidă), proba index-nas (bolnavul trebuie să ducă indexul la nivelul nasului, când cu o mână, când cu cealaltă.).

Explorarea funcțională a sindroamelor vestibulare cuprinde o multitudine de teste care au rolul de a pune în evidență alterările functonalităţii organelor care participă la menținerea echilibrului. Bateria de investigații este compusă din: posturografie computerizată, electro sau videonistagmografie cu probe calorice și rotatorii, potențiale evocate miogenice vestibulare (VEMP), video HIT (video head impulse test).

**Posturografia computerizată** este un instrument care evaluează echilibrul corpului în mod global. Explorarea se bazează pe faptul că pentru menținerea echilibrului, corpul uman folosește informații de la mai multe sisteme: analizorul vizual, sistemul vestibular și informații proprioceptive din mușchi și articulații. În cadrul testului de organizare senzorială, pacientul stă pe o platforma prin intermediul căreia se urmărește poziția centrului de greutate în diferite condiții: pe platforma fixă cu ochii deschiși, cu ochii închiși, cu modificarea ambientului vizual, ulterior pe platforma instabilă, aceleași trei condiții. Analizând performanțele pacientului și comparând datele cu normativele în vigoare se stabilește sistemul care este deficitar: vestibular, vizual sau proprioceptiv. Utilitatea clinică a posturografiei este încă subiect de dezbatere. Consensul general este acela că evaluează echilibrul per ansamblu, dar nu poate pune diagnosticul sediului leziunii. Se consideră că este un instrument important pentru efectuarea și urmărirea progresiei reabilitării pacientului cu patologie vestibulară.

**Electro sau videooculografia** sunt două variante ale aceleiași metode de explorare care diferă prin modalitatea folosită pentru a stabili poziția ochilor pe parcursul testelor. Electrooculografia folosește electrozi aplicați pe piele în jurul ochilor în timp ce videooculografia folosește camere video pentru vizualizarea ochilor. Indiferent de modalitatea folosită, această metodă de examinare cuprinde o multitudine de teste care pun în evidență modificările reflexului vestibulo-ocular, dar și tulburările de oculomotricitate.

Se începe cu înregistrarea nistagmusului spontan (mișcări oculare necontrolate), care este caracterizat prin măsurarea unor indici ca sensul, velocitatea fazei lente a nistagmusului, numărul de secuse (faze) nistagmice pe minut.

Testele de oculomotricitate sunt reprezentate de urmărirea lentă (în care pacientul examinat urmărește o țintă în mișcare), gaze-nystagmus (care evaluează capacitatea de a fixa o țintă situată în diferite poziții), testul sacadelor (în care ochii efectuează mișcări de fixare-refixare). Modificările apărute la aceste teste sunt caracteristice sindroamelor vestibulare centrale.

Testul caloric pune în evidență deficitele vestibulare periferice. Testul constă în irigarea urechii cu lichid la temperatura de 44 grade C și 30 grade C și urmărirea nistagmusului care apare post-irigare. Amplitudinea, durata, simetria acestui nistagmus sunt măsurate și folosite pentru a aprecia deficitul periferic.

Pentru a efectua testele rotatorii, se folosește un fotoliu special care are posibilitatea de a se roti cu viteză bine cuan-

tificată în ambele sensuri. În testul accelerației sinusoidale armonice se măsoară raportul dintre viteza scaunului și viteza secusei lente a nistagmusului rotator provocat prin rotirea scaunului cu diferite viteze în ambele sensuri. O altă modalitate de examinare cu ajutorul scaunului rotator este "step rotation", în care scaunul se rotește și ulterior se oprește brusc, iar aparatul măsoară atât nistagmusul perrotator, cât și pe cel postrotator. Se calculează diferiți indici prin care se evaluează astfel funcționalitatea receptorilor pentru mișcări rotatorii ale capului din canalul semicircular lateral. Avantajul față de metoda de examinare prin stimulare calorică este faptul că se folosesc viteze de mișcare apropiate de viteza mișcărilor normale ale capului. Dezavantajul testelor rotatorii este acela că evaluează ambele urechi simultan. Poate evalua simetria funcționalității celor două urechi.

**Video HIT** este varianta video a testului clinic HIT (head impulse test). Analiza mișcărilor oculare provocate prin mișcări bruște ale capului în planul canalelor semicirculare oferă informații despre funcționarea analizorului periferic la mișcări foarte rapide ale capului. Este un test util pentru că are capacitatea de a analiza fiecare labirint separate și poate pune în evidență deficite minore ale funcției vestibulare care nu se pot observa la examenul clinic.

**VEMP sunt potențiale miogenice evocate vestibular** culese prin înregistrarea electromiogramei mușchilor sternocleidomastoidieni în cazul cVEMP sau drept inferior al globului ocular în cazul oVEMP. Amplitudinea, latența și pragul de declanșare a acestor potențiale este studiat și ne oferă date despre funcția organelor otolitice, a nervului vestibular, a nucleilor vestibulari din trunchiul cerebral.

În concluzie, explorările funcționale vestibulare sunt utile în caracterizarea atât a sindroamelor vestibulare periferice cât și a celor centrale. Ne oferă date care pot fi folosite pentru a diferenția cele două tipuri de afectare a funcției vestibulare. Chiar dacă anamneza este în continuare considerată cel mai important pas în evaluarea pacientului vestibular, iar examinarea clinică pune în evidență deficitele vestibulare patente, trebuie să subliniem faptul că explorările funcționale vestibulare câștigă teren pe zi ce trece datorită avantajelor pe care le conferă. Aceste explorări pot pune în evidență deficite minore exprimate prin alterări subclinice ale testelor, practic nedecelabile la examenul clinic. Un alt avantaj al acestor metode de evaluare este acela că documentează modificările observate la examenul clinic prin înregistrare grafică. Putem prevedea că în viitor importanța acestor explorări funcționale va crește prin dezvoltarea testelor deja existente și poate prin apariția unor noi teste care să evalueze mai specific funcția vestibulară.

# Terapia corneeană în keratoconus

**Keratoconusul** (KCN) este o distrofie a corneei, ducând la subțierea acesteia, protruzie (proeminență), miopie mare și afectarea acuității vizuale. De regulă, apare în a doua decadă de vârstă și odată cu pubertatea afectează ambele sexe și toate etniile. Boala progresează până în decada a patra de viață, iar ulterior se stabilizează. Prevalența bolii variază între 1/2000 și 1/50.000 în populația generală. Unele studii arată o incidența mai mare, de 4.4 până la 7 ori mai mare la populația asiatică comparativ cu cea caucaziană.

*(text adaptat)*

**Conf. Dr. Cristina Nicula**
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Haţieganu" Cluj-Napoca
Clinica Oculens Cluj-Napoca

## Tabloul clinic

În stadiile incipiente (keratoconus subclinic sau frust), boala nu determină simptome sau semne, diagnosticul fiind pus doar pe baza testelor specifice (topografie și biomecanica corneană), dar în aceeași măsură poate rămâne nediagnosticat. Ulterior, prin evoluţia bolii se remarcă scăderea marcată a acuităţii vizuale, care de cele mai multe ori nu poate fi corectată cu lentile aeriene. Prezenţa deformării pleoapei inferioare la privirea în jos este tipică stadiilor avansate ale bolii. În stadiul de hidrops acut apar scăderea marcată a vederii și dureri oculare.

## Patogenia KCN

De-a lungul ultimilor ani s-au emis o serie de ipoteze privind cauza bolii: genetic (6-8% dintre pacienţii cu KCN au rude care prezintă această boală), biomecanică (pacienţii cu KCN au un număr scăzut de lamele stromale), biochimică (colagenul diferit între corneele normale și cele cu KCN) sau cauzată de alţi factori. Sunt bine cunoscute asocierile dintre KCN și sindromul Down, sindromul oculo-digital, neuropatia optică congenitală Leber și sindromul Ehler-Danlos unde este prezent și „rubbing-ul" ocular (frecarea ochilor).

## Opțiunile de tratament pentru keratoconus includ în funcție de stadiul evolutiv:

- corecția cu lentile aeriene,
- lentile de contact (moi, rigide, minisclerale, sclerale, hibride),
- tehnica Collagen Cross-Linking Cornean (CXL),
- implantarea de inele intracorneene
- transplant cornean.

## Tratamentul CXL

Acesta a constituit în ultima decadă tehnica cea mai utilizată în keratoconus pentru împiedicarea progresiei bolii. Terapia CXL a fost pentru prima dată dezvoltată în 1998 la Universitatea din Dresden, Germania, ca primă și singură modalitate terapeutică de stopare a progresiei KCN-ului.

Terapia Cross-linking cornean este inițiată prin instilarea picăturilor de riboflavină (soluția de vitamină B2) pe cornee, care ulterior va fi activată de razele UVA (370 nm) determinând excitarea moleculelor de riboflavină cu eliberarea radicalilor liberi de oxigen. Radicalii liberi de oxigen acționează asupra legăturilor chimice covalente din structura stromei corneene formând legături noi între fibrele de colagen. Studiile asupra biomecanicii corneene au arătat o creștere a rigidității acesteia de peste 300%.

În ultimii ani s-a introdus

procedeul CXL accelerat, care stabilește că un efect biologic cert este direct proporțional cu doza de energie totală, ținând cont de durata de timp. Experimentele au arătat rigidizarea biomecanică a țesutului cornean, rezultate comparate cu cele obținute după CXL standard și au evidențiat o creștere în rigidizarea corneei după expunere la intensități de iluminare mai mare.

Examinarea preoperatorie presupune o serie de determinări: acuitatea vizuală cu și fără corecție, refracția oculară, keratometria, presiunea intraoculară, examenul biomicroscopic, examenul fundului de ochi și măsurarea celulelor endoteliale. O metodă importantă de investigare care confirmă diagnosticul, stadiul evolutiv și criteriile de progresie ale keratoconusului este topografia și tomografia, asociate în ultimul timp cu analize de biomecanică corneană. Hărțile pahimetrice ale tomografiei corneene vor evalua grosimea acesteia în diferite puncte, criteriu important în indicația CXL.

CXL se realizează în condiții de sterilitate, în sala de operație. Preoperator, se verifică calibrarea corectă a aparatului care eliberează radiațiile UV. Înaintea începerii procedurii, se instilează o picătură de pilocarpină, care va genera o expunere minimă a cristalinului la UV. După pregătirea câmpului operator se montează blefarostatul (un dispozitiv care ține ochii pacientului deschiși), urmând instilarea unei picături de anestezic. Se îndepărtează în totalitate epiteliul cu ajutorul unei crose, pe o zonă optică de 9mm. Se începe instilarea riboflavinei din 2 în 2-minute timp de 30 de minute, după care se expune corneea la radiațiile UV, de la o distanță de 5cm de apexul cornean. În timpul aplicării radiațiilor UV timp de 30 de minute, se continuă instilarea riboflavinei din 2 în 2 minute. La sfârșitul procedurii se spală corneea cu ser fiziologic și se instilează o picătură de antibiotic și steroid, urmată de montarea unei lentile de contact terapeutice. Aceasta va fi menținută pe cornee timp de 3 zile până la epitelizarea completă a corneei. Postoperator, pacienții vor urma un tratament local cu instilații de antibiotice, steroizi și lacrimi artificiale timp de o lună de zile.

Controalele se vor efectua la 1, 3, 6 și 12 luni postoperator, iar ulterior o dată pe an. Pentru evaluare se va efectua controlul acuității vizuale, keratometria, cilindrul, echivalentul sferic (sferă + 1/2 din cilindru), pahimetria corneană, biomicroscopia și presiunea intraoculară. La un an de zile postoperator, se efectuează topografia și tomografia corneană cu urmărirea tuturor hărților topografice.

## Concluzii

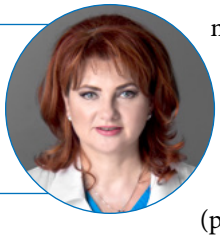
1. Procedeul cross-linking cornean standard reprezintă tratamentul de elecție pentru stoparea evoluției bolii.
2. Cross-linking-ul cornean accelerat este o alternativă la fel de eficientă și sigură ca și procedeul standard în stoparea progresiei keratoconusului, dar asigură confortul pacientului și al medicului prin reducerea timpului de expunere.
3. Ambele procedee determină rigidizarea și stabilizarea biomecanică a corneei cu scăderea consecutivă a parametrilor keratometrici, a cilindrului și a echivalentului sferic cu ameliorarea refracției.
4. Atât cross-linking-ul standard cât și cel accelerat îmbunătățesc rezultatele funcționale ale pacienților cu această patologie.
5. Screening-ul pacienților tineri cu miopie și astigmatism miopic prin metode tomografice poate depista keratoconusul frust sau în stadii incipiente. Urmărirea acestora și evidențierea factorilor de progresie, implică intervenția precoce și obținerea rezultatelor optime.

# Lentilele MiYOSMART, modul inteligent de a trata miopia la copii

MiYOSMART este o metodă non-invazivă adecvată pentru copii, folosită de specialiștii de la Clinica Oftalmologică Novaoptic.

clinica oftalmologică NOVAOPTIC >pentru sănătatea ochilor tăi

**Dr. Cristina David**
medic primar oftalmolog



Clinica Oftalmologică Novaoptic este printre primele din țară unde medicii oftalmologi realizează managementul miopiei prin lentilele speciale nou lansate de firma Hoya: MiYOSMART. Este vorba de o metodă non-invazivă adecvată pentru copii, sigură, ușor de utilizat care contribuie la reducerea ratei de progresie a miopiei la copii și tineri.

Miopia este cauza principală a scăderii vederii la copii și adolescenți, având un impact asupra performanței școlare, activității fizice, dezvoltării psihologice și carierei. De asemenea, miopia este factor de risc pentru afecțiuni oculare grave precum glaucomul, cataracta, dezlipirea de retină și maculopatia miopică care se pot dezvolta în cursul vieții la un pacient miop.

Conform Ghidului European de Management al Miopiei, teoria acceptată în prezent privind patogeneza miopiei incriminează defocusarea hipermetropică retiniană periferică ca factor ce stimulează alungirea globului ocular și progresia miopiei.

Factorii de risc ai miopiei sunt: genetici, etnici (prevalență mai mare la asiatici), vârsta și factorii de mediu.

- **Managementul miopiei reprezintă o preocupare globală**

Se estimează că jumătate din populația globului ar putea fi afectată de miopie până în anul 2050.

Miopia debutează la vârsta școlară și progresează până la vârsta de 18 ani. Progresia miopiei este mai accelerată la copiii cu vârsta sub 10-12 ani.

Monitorizarea miopiei se realizează prin măsurarea lungimii globului ocular, a refracției oculare și a acuității vizuale din 6 în 6 luni. Purtarea lentilelor MiYOSMART permite o vedere clară și poate încetini progresia miopiei cu până la 60% la copiii cu vârste cuprinse între 8 și 13 ani, comparativ cu lentilele monofocale standard.

- **O lentilă oftalmică premiată și revoluționară**

În anul 2018, lentila MiYOSMART a câștigat Marele Premiu și Premiul Special de Aur al Expoziției Internaționale de Invenții din Geneva, Elveția. În anul 2020, a câștigat premiul Silmo d'Or în categoria „Vedere" la Târgul de optică Silmo de la Paris.

Această lentilă revoluționară bazată pe tehnologia brevetată Defocus Incorporated Multiple Segments (D.I.M.S.) (segmente multiple încorporate de defocalizare), a fost dezvoltată de firma Hoya în coo-

perare cu Universitatea Politehnică din Hong Kong în anul 2014. Lentilele MiYOSMART sunt ușor de prelucrat și de montat în ramele de ochelari, la fel ca în cazul lentilelor monofocale convenționale.

**• Concepute pentru stilul de viață activ al copiilor**

Cu ajutorul tehnologiei D.I.M.S., lentila corectează viciul de refracție pe întreaga sa suprafață și are o zonă de tratament în formă de inel pentru a încetini progresia miopiei. Alternarea zonei de focalizare și a zonei de defocalizare oferă o vedere clară și contribuie la încetinirea progresiei miopiei.

Lentilele MiYOSMART beneficiază de un tratament antireflex special, durabil și ușor de șters pentru a se adapta la stilul de viață activ al oricărui copil. Totodată, ochii sunt protejați de un material rezistent la impact și cu protecție UV.

**• De ce MiYOSMART?**

În timpul studiului clinic de 2 ani efectuat la Universitatea din Hong Kong, nu a fost raportat niciun efect advers care să fi condus la întrerupe-rea tratamentului. Lentila este o metodă foarte eficientă de gestionare a miopiei și poate fi prescrisă copiilor la orice vârstă, asemenea lentilelor mono-

focale convenționale.

De asemenea, este o lentilă apreciată și de către părinți. Eficacitatea MiYOSMART este dovedită și de către datele înregistrate cu peste 500.000 pacienți / purtători. Părinții copiilor sunt mulțumiți de raportul calitate-preț al lentilelor MiYOSMART.

La Clinica Novaoptic se efectuează controlul miopiei adaptat fiecărui caz în parte, folosind topografia corneană și biometria (măsurarea axului antero-posterior al ochiului) și refracția oculară obiectivă (cu picături).

**• Măsuri simple care pot fi utile în prevenirea sau reducerea progresiei miopiei**

Specialiștii oftalmologi de la Novaoptic vă recomandă câteva măsuri simple în viața de zi cu zi care pot fi utile în prevenirea sau reducerea progresiei miopiei:

- Mărirea timpului petrecut afară: minim două ore/zi reduce riscul apariției miopiei cu 30%;
- Folosirea distanței corecte la citit (30 cm);
- Pauze de 10 minute la fiecare 50 min de citit;
- Poziție corectă a copilului la citit, fără înclinarea capului;
- Alternarea distanței de fixație între departe și aproape;
- Evitarea ecranelor apropiate (telefon, tablete) pentru copii sub 2 ani;
- Limitarea timpului de ecran la 1 oră/zi pentru copiii sub 5 ani și la 2 ore/zi între 5 și 12 ani;
- Îmbunătățirea iluminatului interior în clase.

Medicii Clinicii Novaoptic recomandă controlul oftalmologic preventiv pentru copiii preșcolari, la vârsta de 3-4 ani, dar și înainte de începerea școlii, la vârsta de 6-7 ani.

Copiii depistați cu miopie sunt monitorizați din 6 în 6 luni.

**www.novaoptic.ro**
**office@novaoptic.ro**

clinica oftalmologică NOVAOPTIC
>pentru sănătatea ochilor tăi

TRATAMENT ANTICĂDERE

Prof. Dr. A. Aslan
GEROVITAL® H3 DERMA+

PHARMACEUTICAL CONCEPT

## TRATAMENT ANTICĂDERE

Produse hipoalergenice
Fără parabeni, coloranți
Testate sub control dermatologic

- Ingrediente esențiale pentru reducerea căderii părului,întărirea rădăcinii firului de păr și prevenirea alopeciei.
- Previne alopecia și protejează părul împotriva stresului endogen și exogen.

## ŞAMPON ANTICĂDERE

- Acţionează asupra cauzelor care provoacă alopecia, pentru a elimina toate cauzele care pot provoca căderea și slăbirea rădăcinii părului.
- Oprește căderea excesivă și stimulează creșterea părului sănătos.

farmec

*Original Gerovital by Prof. Dr. A. Aslan*

www.farmec.ro