244

săptămâna MEDICALA

Anul XV • Nr. 244 • Ianuarie 2020

4.75 lei

Oftalmologie

Strabismul se vindecă azi la copil și adult

Tratamentul modern al ambliopiei

Cum poate afecta ochiul „prost" ochiul „bun"

Medicul oftalmolog răspunde doar în fața lui Dumnezeu

Afecțiuni retiniene – simptomatologie acută

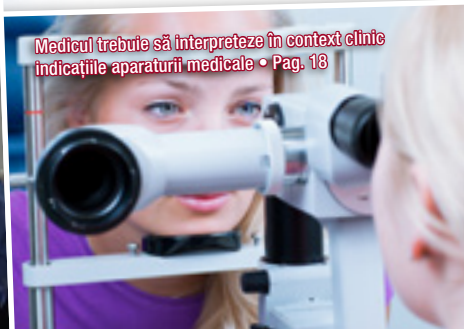
Tehnica oftalmologică avansează într-un ritm alert

Spitalul Lahovary – Școală de chirurgie oftalmologică românească

Un cetățean de onoare al orașului Buzău

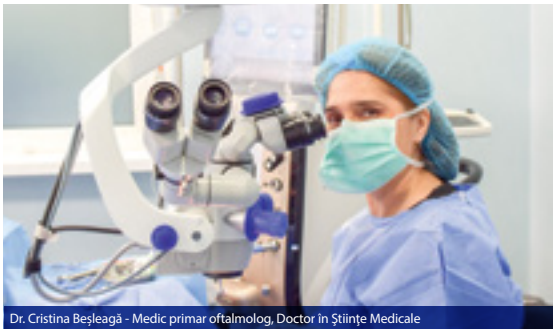
Bolile pulmonare sunt subdiagnosticate

Se poate încă orbi prin cataractă? • Pag. 4



Medicul trebuie să interpreteze în context clinic indicațiile aparaturii medicale • Pag. 18

5 948377 000122 00244



Dr. Cristina Beşleagă - Medic primar oftalmolog, Doctor în Ştiinţe Medicale

Dr. Mădălina Iuga - Medic Specialist Oftalmologie

Dr. Mihai Milicescu - Medic Rezident Oftalmologie

Dr. Adina Toader - Medic Rezident Oftalmologie

CLINICĂ MEDICALĂ OFTALMOLOGICĂ NEUROPTICS

Neuroptics Med: Str. G-ral Barbu Vlădoianu, nr. 2-4, Sector 1, Bucureşti, Mobil 0727898815, Fix 0212220275/55, Fax 0212220246

Medicul oftalmolog răspunde azi numai în fața lui Dumnezeu!

O nemulțumire a mea este lipsa ierarhiilor în ceea ce privește competența profesională.
În momentul de față fiecare oftalmolog este propriul stăpân, este suveran, este cel mai puternic și în esență exceptând micile dezarticulări, el răspunde doar în fața lui Dumnezeu. Vreau să spun că ar trebui să existe protocoale foarte exacte pe care fiecare structură organizatorică, începând de la cabinetul privat, continuând cu secția de oftalmologie orășenească, județeană, clinica oftalmologică etc, deci fiecare dintre aceste structuri să aibă competențele stabilite. Dau un exemplu din Republica Moldova – în secția de oftalmologie a unui spital orășenesc se internează și se operează un pacient cu plagă corneeană. Dacă plaga corneeană este însoțită de hernie de membrane, acel pacient, conform protocolului, este trimis în secția ierarhic superioară. La noi nu se întâmplă acest lucru. Cu ani în urmă, existau controalele de calitate, de coordonare a activității în specialitate în fiecare spital. Clinica oftalmologică unde lucram coordona și controla tot ce însemna activitate oftalmologică pe multe județe din Moldova. Aceste controale se refereau la calitatea actului medical, chirurgical ș.a.m.d. Protocoalele există pe hârtie dar nu sunt puse în practică și respectate ca atare.

O viață profesională de mai mult de patru decenii îmi spune că educația medicală continuă, controlată, verificată, desfășurarea activități medicale după reguli precise, clare, în raport cu competențele obținute sunt condiții tot atât de importante ca și dotarea. La fel, accesul pacientului atât în serviciile publice cât și în serviciile private sunt condiții pe care eu le consider absolut obligatorii, și nu sunt pretentioase, dar cu siguranță ameliorează calitatea asistenței oftalmologice a pacienților din România.

Prof. Dr. Dorin Chiseliță, *medic oftalmolog*

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Se poate încă orbi prin cataractă? 4
Niciodată să nu spui niciodată!..... 6
Spitalul Clinic de Urgențe Oftalmologice București – Școală de Chirurgie Oftalmologică, îmbinare armonioasă între tinerii chirurgi și generația consacrată..... 8
Strabismul– „doar o problemă estetică”?! 10
Un cetățean de onoare al orașului Buzău:..... 12
Afecțiuni retiniene..... 13
Sunt puține centrele oftalmologice unde asistența medicală este la un standard foarte înalt 14
Susținem organismul copilului cu gemoterapie 16
De sărbători... 18
Metoda 100% naturală de a preveni Artroza .. 20
Medicul trebuie să interpreteze în context clinic indicațiile aparaturii medicale 22
Prezentările de caz, rod al practicii medicale întinse pe mai mulți ani constituie un aport excelent pentru oftalmologii tineri 24
Oftalmia simpatică..... 25
Tratamentul ambliopiei..... 26
Cum a reușit o pacientă să țină sub control Tiroidita autoimună Hashimoto..... 29
„Suntem singura specialitate medical din România care a introdus examenul de diplomă europeană”..... 30

Foto revistă: Shutterstock

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

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

Tiraj: 15.000 ex.
ISSN 2067-0508

Se poate încă orbi prin cataractă?

Dr. Cristina Beșleagă
și colectivul de medici:
Dr. Mădălina Iuga,
Dr. Adina Toader,
Dr. M. Milicescu
din clinica Neuroptics

Introducere

Cataracta reprezintă opacifierea cristalinului și se clasifică astfel:

- După momentul apariției pot fi congenitale sau dobândite.
- După etiologie pot fi: - legate de vârstă; asociate cu boli generale; asociate cu boli oculare (complicate); metabolice; induse de medicamente (toxice); traumatice; opacifierea capsulei posterioare.

Indicațiile intervenției chirurgicale sunt reprezentate de: Gradul II de opacifiere a cristalinului, maxim Gradul III, iar în alte state (ex: Japonia) dacă acuitatea vizuală scade sub 70% (în aceste condiții nu se mai poate obține prelungirea permisului de conducere).

În cadrul clinicii am efectuat numeroase intervenții chirurgicale de cataractă conform indicațiilor de mai sus. Ne-am întalnit însă cu numeroase cazuri în care pacientii aveau vederea scazută la nivelul percepției de lumină, în unele situații fiind vorba chiar de ochiul unic funcțional.

Caz I: Pacientul D.I., în vârstă de 73 ani, cu următoarea situație oftalmologică la prezentarea în clinică: (Fig.1)

OD - glob ocular pierdut după un atac acut de glaucom, neglijat terapeutic, proteză oculară – de aproximativ 30 ani.

OS - trabeculectomie sub volet scleral pentru glaucom decompensat – de aproximativ 25 ani, ochi unic funcțional.

Se prezintă cu o acuitate vizuală la ochiul stâng la nivelul de percepție de lumină, se constată o cataractă hipermatură, hiperdensă cu reflex brunescent. Se decide cura chirurgicală a cataractei cu tentă de conversie din tehnica de facoemulsificare la extracția extracapsulară a cristalinului opacifiat, în condițiile imposibilitații de facoemulsificare a nucleului cristalinian.

Grație unei aparaturi performante, care ne-a ajutat enorm, am putut realiza facoemulsificarea și implantarea cristalinului artificial foldabil, fără deschiderea prin incizii largi (de 150°-160°, care necesită sutură) a globului ocular.

A doua zi postoperator se constată o acuitate vizuală de aproximativ 70% dintr-o vedere normală, iar starea de spirit a pacientului a fost exponențial imbunatățită, acest pacient nemaiavând ajutor de handicap.

NB. În cazul operațiilor pe glob deschis (în cazul pacientului nostru - trabeculectomia) este necesară efectuarea consultului oftalmologic anual, deoarece posibilitatea de a se instala cataracta este mult mai mare, într-un timp mult mai scurt. În aceste cazuri chirurgia cataractei trebuie realizată cât mai repede după declanșarea procesului cataractogen.

Caz II: Pacienta D.G., în vârstă de 85 de ani, este adusă de familie în clinică cu următoarea situație oftalmologică (Fig.2):

OD – cataractă hipermatură, albă hiperdensă, acuitate vizuală la nivel de percepție de lumină;

OS – cataractă hipermatură, albă hiperdensă, deviație strabică în convergentă maximă în urma unui AVC vechi.

Pacienta prezintă și alte comorbidități precum cifoză toraco-lombară la 80 de grade și coxartoză avansată fiind în mare parte deplasabilă doar în scaunul cu rotile **(Fig.3)**. Gradul cataractei la prezentare a fost IV+, fiind imposibil de realizat măsurătoare biometrică prin biometrie ultrasonică (tulburări de fixație și poziția vicioasă). Singura me-

todă prin care am reușit să realizăm masurătorile a fost cu ajutorul unui biometru optic de ultimă generație cu detecția maculei prin tomografie în coerență optică. Se decide intervenția chirugicală prin facoemulsificare cu intenția de a se converti la extracția extracapsulară a cristalinului opacifiat în caz de nevoie. Cu o dificilă poziționare a pacientei pe masa de operație și un abord chirurgical dificil si pentru chirurg, se reușește totuși indepărtarea cataractei prin facoemulsificare și implantarea unui cristalin artificial foldabil în sac.

A doua zi postoperator, pacienta prezintă o acuitate vizuală de peste 50% fără corecție dioptrică, iar reintegrarea ei în viața socială a fost rapidă și spectaculoasă.

Concluzii

În secolul XXI, când pacienții din alte țări se operează cu implant de cristalin artificial doar în scop refractiv sau pentru ca nu pot obține viză oftalmologică pentru prelungirea permisului de conducere, noi încă ne mai întalnim cu cazuri absolut impresionante, în care pacienții prezintă doar percepție de lumină de peste 10 ani, iar familia este nevoită să îi aducă când nu îi mai pot ingriji, aceștia având de asemenea o inhibiție corticală generalizată în urma absenței stimulilor vizuali.

În numeroase cazuri, membrii familiei speră la obținerea unui ajutor de handicap, pentru care cataracta nu se încadrează. Deși s-au efectuat numeroase încercări de educare a populației, pentru a se prezenta la evaluarea oftalmologică anuală și pentru efectuarea curei chirurgicale a cataractei în stadii incipiente ale bolii (atunci când necesarul de ultrasunete este redus în timpul facoemulsificării, iar riscurile pentru structurile oculare sunt semnificativ scăzute) totuși, încă operăm numeroase cazuri precum cele prezentate.

Abordul chirurgical prin tehnologiile moderne, în care cataracta se îndepărtează prin facoemulsificare cu ultrasunete prin microincizii (aproximativ 2,2 mm) ar trebui prezentate pacienților, pentru ca aceștia să se prezinte în timp util pentru intervenții, cu șanse mari de a vedea foarte bine, chiar de a doua zi postoperator.

Pacienții vârstnici nu trebuiesc abandonați, întrucât îngrijirea acestora este mult mai dificilă.

Este timpul ca mitul cataractei "coapte" să dispară, iar intervenția chirurgicală să se facă în momentul în care dispare confortul vizual

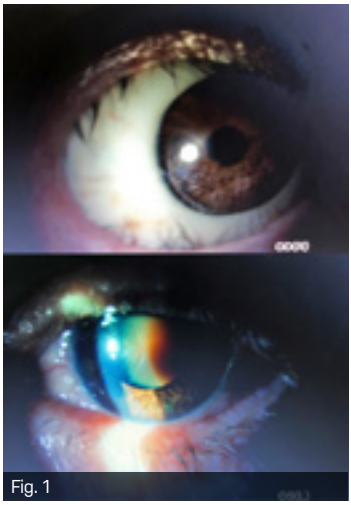


Fig. 1

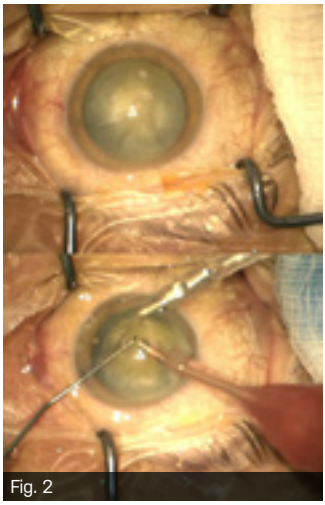


Fig. 2

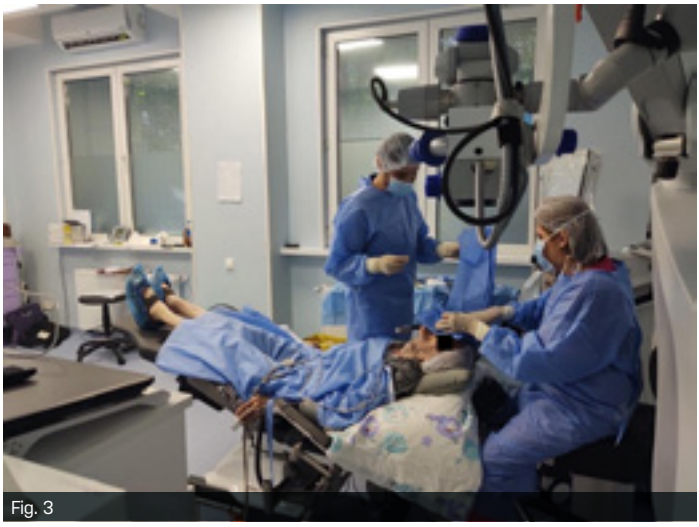


Fig. 3

Niciodată să nu spui niciodată!

Am stat de vorbă cu Conf. Dr. Mircea Filip, Președintele Societății Române de Oftalmologie, despre condiția medicului oftalmolog din România, despre nivelul serviciilor, despre tehnologii noi care vin permanent și „obligă" oftalmologia la performanțe tot mai mari.

„Trăim într-o lume extrem de schimbătoare ce avansează într-un ritm alert. Dorința de noi tehnologii și inovații pornește întotdeauna de la clinician. El este cel ce se întâlnește cu diverse probleme în diagnosticarea și tratarea anumitor pacienți. Acest lucru a împins cercetarea în oftalmologie în direcții extrem de variate, de la noi tipuri de cristaline artificiale din ce în ce mai performante, la lasere inteligente, la ochiul bionic sau lentile de contact electronice.

De exemplu, în chirurgia refractivă, există tehnologii ce se pretează pentru orice viciu de refracție are pacientul și în continuare se descoperă noi utilizări ale acestor tehnnologii.

Legat de inovații de viitor, recent, cercetători din Australia au implantat primii 4 ochi bionici la pacienți cu retinită pigmentară (orbul găinilor).

O altă echipă de cercetători din Franța au reușit să incorporeze o microbaterie într-o lentilă de contact, acesta fiind primul pas în a dezvolta noi aplicații ale unei lentile de contact, de la măsurarea continuă a tensiunii intraoculare, la analiza filmului lacrimal și îmbunătățirea acuității vizuale.

În viitor, posibilitățile sunt nelimitate, adică „niciodată să nu spui niciodată!"

Din păcate, cercetarea nu este punctul nostru forte, al României, și aici nu vorbim despre cercetarea medicală în oftalmologie, ci în toate domeniile medicale. Ca responsabilitate de dezvoltare, nu există un singur responsabil în acest sens și, atunci, trebuie intrat în atribuțiuni pentru a se face pași concreți. Este nevoie de fonduri, de investiții serioase în laboratoare de cercetare dotate cu aparatură de ultimă generație și, de asemenea, de oameni dedicați cercetării.

Oftalmologia este unul dintre domeniile medicinei care, în România, beneficiază de dotări foarte performante, de ultimă generație în toate ramurile ei, atât clinice cât și chirurgicale. De la biomicroscopul extrem de necesar în examinarea oftalmologică, până la aparate utile în diagnostic (OCT, Angio-OCT, Perimetrie computerizată, Pentacam) și în tratament (laser YAG, chirurgie refractivă, microscoape intraoperatorii). Din fericire, țara noastră dispune de toate! și cu cât trece timpul, cu atât apar altele noi. Practic, când vorbim de dotări în oftalmologie, suntem la nivel cu orice țară europeană.

Nu înseamnă că nu există domenii în care nu ar putea fi efectuate progrese; un astfel de exemplu este posibilitatea unui transplant de cornee în România. Transplantul de cornee înseamnă înlocuirea corneei bolnave a pacientului cu o cornee sănătoasă, prelevată de la un cadavru, în anumite condiții,

în bănci de cornee specializate, iar în România nu avem. De asemenea, oncologia oculară, uveitele sunt domenii care necesită multiple progrese.

În ceea ce privește pregătirea medicilor, varietatea patologiilor oftalmologice și a intervențiilor chirurgicale în acest domeniu a permis orientarea medicilor spre o anumită ramură și perfecționarea abilităților lor, ceea ce duce desigur spre performanță. Putem să ne mândrim cu medici oftalmologi deosebiți în orice domeniu al acestei specialități.

Profesia de medic are un parcurs îndelungat: termini facultatea la 25 ani, eventual specializarea la 30 de ani, iar în cca 10 ani reușești să obții o siguranță profesională care să-ți permită abordarea pacientului. După acești ani, trebuie să ții pasul cu progresul...

Un medic oftalmolog abia ieșit din rezidențiat are marele noroc că această specialitate este extrem de dezvoltată, atât în sectorul privat cât și în sectorul public. Într-adevar, în sectorul public, din păcate, nu sunt multe posturi disponibile, mai ales în marile orașe pe care tinerii medici le preferă. Avantajul acestei specialități este că se poate practica extrem de bine până la excelență în sectorul privat, fie că medicul alege să lucreze la un cabinet privat, fie că hotărăște să își deschidă propriul cabinet sau propria optică medicală. Faptul ca oftalmologia are o importantă ramură clinică permite practicarea acestei specialități într-un cabinet, cu investiții mai mici comparativ cu specialități strict chirurgicale.

Conf. Dr. Mircea Filip, Medic Primar Oftalmolog, Doctor în Științe Medicale, Președintele Societății Române de Oftalmologie

Ca și perspective, în România avem medici extrem de bine pregătiți, dornici să își transmită cunoștințele generației noi.

Din fericire, oftalmologia este una dintre puținele specialități medicale ce beneficiază de numeroase reuniuni medicale și cursuri de pregătire continuă a medicilor, atât în țară, cât și în străinătate.

Astfel de întruniri sunt extrem de valoroase, atât datorită inovațiilor și noutăților prezentate în domeniul aparaturii, diagnosticării și tratării patologiilor oftalmologice, cât și a posibilității de a colabora cu medici din alte zone, de a schimba opinii, de a cere sfaturi și alte abordări în anumite cazuri.

Ceea ce pot afirma despre reuniunile din străinătate comparativ cu cele din țară este că întrunesc mai mulți participanți în toate colțurile lumii, au o mai mare diversitate a speakerilor și a subiectelor abordate și, astfel, inițiază mai multe discuții."

Spitalul Clinic de Urgențe Oftalmologice București

– Şcoală de Chirurgie Oftalmologică, îmbinare armonioasă între tinerii chirurgi şi generația consacrată

Spitalul Clinic de Urgențe Oftalmologice București reprezintă un reper al spitalelor monospecialitate din România. El este situat central, în Piața Lahovari, București, având la dispoziție 142 de paturi, un compartiment de primiri urgențe care funcționează 24 din 24 de ore, cu 4 linii de gardă, din care una ATI. Spitalul este structurat pe 3 secții chirurgicale, un cabinet de explorări funcționale, un ambulatoriu integrat cu cabinete de consultație, un cabinet pentru terapia laser,un cabinet ortoptic pentru copiii cu strabism și ambliopie, un laborator de protezare oculară, precum și un laborator de analize medicale.

Conf. Univ.
Dr. Marian Burcea,
director medical,
Spitalul de Urgențe
Oftalmologice București

În cadrul spitalului se află Clinica de Oftalmologie UMF „Carol Davila" a facultăților de Medicină Generală și Stomatologie, departamentele fiind conduse de conferențiar universitar doctor Florin Baltă și conferențiar universitar doctor Vasile Potop.

Spitalul oferă o gamă largă de servicii medicale oftalmologice, de la consultații și tratamente medicale la intervenții chirurgicale complexe, de toate tipurile, pentru pacienți adulți, vârstnici, copii, sugari și chiar și prematuri. Patologia oculară abordată este vastă și include chirurgia vitreoretiniană, chirurgia reconstructivă oculo-palpebrală, glaucomul, atât cel congenital cât și cel al adultului prin toate metodele chirurgicale, inclusiv cele moderne de abordare a unghiului camerular; patologia cristalinului, oftalmopediatrie, strabologie precum și patologia traumatică.

În cadrul spitalui își desfășoară activitatea chirurgicală generația consacrată: profesor universitar doctor Monica Pop, profesor universitar doctor Cătălina Corbu, profesor universitar doctor Petru Călin Tătaru, conferențiar universitar doctor Florin Baltă, conferențiar universitar doctor și Director Medical Marian Burcea, conferențiar universitar doctor Vasile Potop, conferențiar universitar doctor Speranța Schmitzer, șef de lucrări doctor Miruna Cioboată - Șefa compartimentului CPU, Șef de Lucrări Doctor Valeria Coviltir, șef de lucrări doctor Anca Tomi, șef de lucrări doctor Ramona Barac, medici primari dr. Claudia Turcu, dr. Anca Rădulescu, dr. Rodica Ionescu, dr. Paul Grecu alături de tânăra generație, reprezentată de dr. Nicoleta

Avidis Zamfiroiu, dr. Andrei Merticariu, dr. Sergiu Maliş, dr. Ramona Şerban, dr. Livia Sram, asitent universitar doctor Cristiana Dragosloveanu, asistent universitar doctor Alina Gheorghe, asistent universitar doctor Valentin Dinu, dr. Răzvan Ionescu. În compartimentul de explorări funcționale lucrează medici care, deși tineri, au mare experiență: dr. Loredana Stanese, șef de țucrări doctor Alina Ciocâlteu, dr. Dana Munteanu, dr. Mihai Păsărică iar în cadrul CPU dr. Elena Zamfir și dr. Florin Zamfiroiu. Intervențiile chirurgicale complexe sunt asigurate de o echipă de medici anestezişti cu o mare experiență: dr. Luxiță Petrescu, dr. Dana Olteanu, dr. Loredana Popescu, dr. Melania Moşcaliuc. Activitatea medicală și chirurgicală este susținută de un corp de asistente medicale de un înalt profesionalism.

Anual în cadrul Spitalului Clinic de Urgențe Oftalmologice București au loc peste 60.000 de consultații și peste 10.000 de intervenții chirurgicale cu diverse grade de complexitate.

Pe lângă activitatea chirurgicală, în spital se desfășoară și activități de educație academică: cursuri și lucrări practice pentru studenții facultății de medicină, pentru cei peste 60 de rezidenți aflați în diverși ani de formare, cursuri postuniversitare în domeniul cataractei și chirurgiei vitreoretiniene și pregătirea doctoranzilor.

Spitalul pune la dispoziția rezidenților pe lângă cursuri și asistarea intervențiilor chirurgicale două stații de pregătire practică în cadrul unui WETLAB, dotate cu microscop operator și aparate de facoemulsificare. Din 2019 Spitalul Clinic de Urgențe Oftalmologice este Acreditat EBO (European Board of Ophthalmology) dând posibilitatea rezidenților de anul IV să aplice pentru stagii de pregătire în spitale acreditate din Europa.

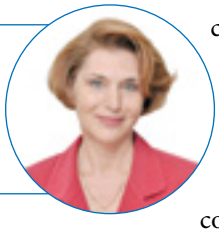
Ca și noutate, spitalul beneficiază de cel mai modern sistem de vizualizare tridimensională intraoperatorie, NGENUITY, ce ușureaza semnificativ procesul didactic, permițând nu doar medicului operator ci și unui număr crescut de observatori să vizualizeze în timp real intervenția chirurgicală. În acest fel, medicii rezidenți și studenții au posibilitatea să fie martorii actului medical într-un număr mult mai mare decât prin metodele conventionale.

Organizarea eficientă a serviciilor, dotarea cu aparatură de înaltă performanță în toate secțiile spitalului, existența unui personal calificat și specializat, au condus la eficientizarea actului medical, la creșterea adresabilității și la recunoașterea Spitalului Clinic de Urgențe Oftalmologice București ca unul dintre cele mai performante spitale din Europa.

Strabismul – „doar o problemă estetică”?!

Se întâmplă frecvent ca pacienții care ni se adresează să ajungă la noi după ce această expresie a fost auzită de nenumărate ori de la colegii noștri oftalmologi în diverse variante. Este vorba atât despre pacienții adulți cu strabism dar și despre copii cu strabism. Din nefericire, în foarte multe situații este vorba despre pacienții adulți cu strabism dar și despre copii cu această afecțiune.

Dr. Daniela Cioplean,
Medic Primar Oftalmolog
Vice-Președinte ESA
(Asociația Europeană
de Strabologie)



Poate că înainte de a vorbi despre beneficiile funcționale ale intervenției pentru eliminarea strabismului, ar trebui să înțelegem ce se întâmplă în sufletul pacientului cu strabism, fie că este un copil de 4 ani pe care ceilalți copii îl evită sau râd de el, fie că este un adult marginalizat, care este foarte posibil să fi ratat interviuri esențiale pentru viața lui din cauza aspectului fizic, fie că este un adolescent care își face o freză extravagantă care să acopere unul din ochi pentru a masca asimetria. Nu trebuie să uităm nici de micul bebe strabic, al cărui părinte este atenționat în parc de către o mămică binevoitoare că nu este în regulă.

A purta după tine o viață întreagă un strabism este o mare povară, un marcaj psihic, care nu arareori creează depresie, uneori latentă, alteori profund manifestă. Este cu atât mai dificil de tratat un asemenea pacient cu cât, în țara noastră, componenta psihică, rana pe care o produce o boala în sufletul omului este ignorată și se consideră că pacientul trebuie sa se descurce singur cu ea. Acest lucru nu se Întâmplă în țările care au sisteme de sănătate bine puse la punct și în care este binecunoscut că nu poți să vindeci cu adevărat un pacient dacă ignori complet componenta psihică.

Am avut pacienți care mi-au spus că au vrut să se sinucidă, crezând că problema lor este nerezolvabilă, mai ales după ce au fost descurajați de către mulți medici oftalmologi care spun că «nu se poate face nimic». Acești pacienți, după corecția strabismului, și-au scimbat radical viața, s-au căsătorit și acum vin și cu copiii la control. Am avut pacienți care au ratat slujba vieții lor din cauza «aspectului fizic», în ciuda faptului că profesional erau mai buni și care au revenit în forță după ce această problemă a fost rezolvată.

Au fost, mult mai puțini însă, și pacienți dezamăgiți după un prim rezultat (fie din cauza așteptărilor prea mari, fie că răspunsul la chirurgie a fost insuficient sau paradoxal) și care au abandonat fie cursa, fie medicul. Există și categoria pacienților perfecționiști, care nu acceptă un rezultat altfel decât perfect, se numesc dismorfofobi, și la care cea mai mică imperfecțiune fac amară viața medicului care le tratează asimetriile oculare sau faciale. Uneori, acestea sunt naturale, normale, medicul le consideră perfecte, pacientul însă nu. Sunt extrem de rari, dar, de obicei, îi ții minte, cu toate detaliile lor, între zeci de mii de alți pacienți.

Este foarte adevărat că nu poți întotdeauna să corectezi în totalitate un strabism, că uneori așteptările pacienților sunt mai mari decât putem noi să obținem prin chirurgie și că uneori drumul este mai lung pentru că lucrurile sunt complicate. Este

de asemenea adevărat că uneori deviațiile recidivează și că o intervenție cu un rezultat bun nu garantează că acest lucru va dura până la sfârșitul vieții.

La fel de adevărat însă este că în 99.99% din cazuri situația pacientului se poate cel puțin îmbunătăți în urma unei intervenții iar rata celor care necesită o a doua intervenție pentru un rezultat foarte bun se situează undeva în zona 20-40% în mâinile specialiștilor în strabism. Din păcate, de strabism se ocupă și mulți oftalmologi generaliști, ei însă operează limitat, prin prisma bagajului relativ redus de cunoștințe pe care îl au în privința acestei patologii, lucru care, din pacate, modifică radical statisticile generale. De unde și concluzia pacienților care întreabă: «am auzit că sunt necesare mai multe intervenții, e adevarat?»

Chiar și în cazul specialiștilor în strabism, curba de învățare este îndelungată și necesită un număr foarte mare de cazuri operate pentru a fi capabil să administrezi și să tratezi orice strabism.

În cazul strabismelor pediatrice, deviațiile complexe, mari necesită uneori chirurgie în două etape, uneori chiar trei dar, chiar și așa, în mâinile noastre rata de reintervenții este de sub 10%.

Lucrurile stau mai prost la adulții cu multiple operații în antecedente sau cu strabisme incorect abordate, cu mușchi sau ochi traumatizați, dar și acolo, de regulă, se pot obține rezultate foarte bune.

Deci, această problemă «doar estetică» poate fi rezolvată atât la adult cât și la copil.

În altă ordine de idei, ochii funcționeză armonic doar când sunt într-o poziție «estetică». În marea majoritate a situațiilor, o aliniere excelentă aduce și un beneficiu funcțional fără echivoc, nu numai în cazul copiilor dar și în multe cazuri de strabism la adulți, care își recapătă în mod surprinzător binocularitatea.

Diplopia (vederea dublă) este o realitate după operația de strabism și are ca motiv faptul că este nevoie de timp pentru creier să se re-seteze pentru a recepționa și sintetiza imaginile care acum vin dintr-o locație diferită. Diplopia este pasageră la 99% din pacienți, într-un procent foarte mic din cazuri persistă în anumite poziții ale privirii și <0.1 % pot rămâne cu vedere dublă permanentă, care are și ea soluții de tratament.

Deci, povestea cu «nu se poate opera pentru că vei vedea dublu» este o altă dogmă oftalmologică, scoasă din context. Ce este straniu este faptul că de obicei acest lucru este spus de către un medic care nu a operat niciodată strabisme însă nu sunt rare situațiile în care pacientul dezarmează și cere o altă părere din păcate abia după câțiva ani.

Prin urmare, cu atât mai mult cu cât strabismul este o anormalitate (nu atât o chestiune legată de estetică pentru că nu ne operăm ca să fim mai frumoși ci ca să arătăm ca toți ceilalți oameni), strabismul trebuie tratat. În 90% din cazuri, beneficiul este și funcțional: vedere binoculară la o bună parte din pacienți, câmp binocular normal, motilitate oculară îmbunătățită, restaurarea normalității la pacienții cu strabisme dobândite și diplopie (boală tiroidiană, pareze și paralizii, traumatisme, strabisme iatrogene etc).

Un cetățean de onoare al orașului Buzău:

Prof. Dr. Călin Petru Tătaru, preşedintele Societăţii Române de Cataractă şi Chirurgie Refractivă

Ce defecte de vedere se pot corecta prin operaţia de cataractă?

Anual, în țară se fac aproximativ 94 de mii de operații de cataractă, dintre care aproape 50 de mii în clinicile private.

În UE sunt realizate, în fiecare an 4,2 milioane de operații de cataractă, aceasta fiind cea mai frecventă intervenție chirurgicală.

Studiile făcute anul trecut în cadrul campaniei "Meriți să vezi", care a fost o campanie de informare a pacienților, 66% dintre români nu știu că operația de cataractă poate corecta și alte defecte ale vederii.

Miopia și hipermetropia au fost corectate în timpul operației de cataractă de mulți ani prin ajustarea dioptriilor cristalinului artificial, astigmatismul a rămas multă vreme nerezolvat. Distorsiunea vederii dată de astigmatism duce la o performanță vizuală scăzută, care crește dependența de ochelari și poate afecta calitatea vieții. În acest moment și astigmatismul poate fi corectat prin operația de cataractă.

Care sunt noutăţile în ceea ce priveşte decontările prin CAS pentru tratamentele oftalmologice?

În raportul de activitate pentru anul 2017, CNAS declara că a decontat un număr de 4.814 cristaline artificiale, ceea ce reprezintă 5% din totalul operațiilor de cataractă din România (pe parcursul unui an). Este o creștere timidă, de doar 1%, față de 2016, a numărului de cristaline decontate de stat. Valoarea recomandată pentru decontare este de 314.06 lei, această sumă acoperind parțial prețul unui cristalin artificial de bună calitate dar neglijând în totalitate prețul matetialelor și substanțelor specifice, atât de necesare unei intervenții chirurgicale moderne.

Ce ne puteţi spune despre distincţia care vi s-a acordat, "Cetăţean de onoare al oraşului Buzău"

Am avut întradevăr onoarea și plăcerea ca la data de 23 octombrie 2018 să fiu declarat cetățean de onoare al orașului Buzau alături de două distinse colege de breaslă, d-na dr. Florentina Ioniță – Radu (general de brigadă, comandanta Spitalului Militar Bucureşti) și d-na dr. Carmen Orban (managerul Spitalului Fundeni), în calitate de fii ai orașului Buzău.

Un lucru mai puțin cunoscut este și faptul că din anul 2000 am început o colaborare cu o clinică privată din Buzău în domeniul chirurgiei oftalmologice.

În acest context, în aproape 20 de ani de colaborare am realizat peste 9000 de intervenții oftalmologice contribuind în acest mod la sănătatea concitadinilor mei.

Afecțiuni retiniene

Retina reprezintă stratul intern al peretelui posterior al globului ocular, fiind locul unde se formează senzațiile vizuale.

Dr Carmen Dragne,
Medic primar oftalmolog
Clinica de oftalmologie
Ama Optimex
www.amaoptimex.ro
www.scapadeochelari.ro
www.cataracta.ro

Afectarea retiniană poate determina în unele situații o simptomatologie acută, caracterizată prin scăderea bruscă a vederii centrale sau periferice, pacientul poate observa prezența unei pete în câmpul vizual, a unor "muște zburătoare" sau a unor lumini puternice (ca niște fulgere) sau poate percepe liniile drepte ca fiind ondulate sau întrerupte. Există și situații când afecțiunile retiniene sunt descoperite întâmplător, în cadrul unui consult oftalmologic de rutină.

Pentru o examinare completă a retinei se administrează picături pentru dilatarea pupilei, iar examenul retinei conține:

- vizualizarea fundului de ochi;
- tomografie retiniană în coerență optică (OCT);
- angioplex (angioOCT)
- angiofluorografie (AFG)
- ecografia oculo-orbitară.

Afecțiunile retiniene pot interesa zona centrală sau pe cea periferică a acesteia.

Boli cauzate de afectarea retiniană centrală

Degenerescența maculară legată de vârstă (DMLV) este o afecțiune de etiologie necunoscută ce poate afecta persoanele cu vârsta peste 50-60 ani. Simptomele pot fi: dificultate la citit, pacientul vede rândurile strâmbe, ondulate, nu vede litere din cuvânt.

Exista două forme de DMLV:

- Forma uscată (atrofică) – mai frecventă, cu evoluție lentă
- Forma umedă (exudativă) – constă în apariția unor vase de sânge anormale sub retină, ce determină apariția neovascularizației (scăderea marcată a acuității vizuale, scotoame centrale).

În ambele forme de DMLV se administrează suplimente cu luteina și antioxidanți, în DMLV umedă se pot face injecții intravitreene cu anumite substanțe care opresc sau încetinesc dezvoltarea neovascularizației.

Afecțiuni maculare de cauză inflamatorie (toxoplasma Gondii, toxocara) sau non inflamatorie (corioretinita seroasă centrală - afectează frecvent bărbații tineri, stresul fiind foarte implicat).

Boli cauzate de afectarea retiniană periferică

Dezlipirea de retină apare frecvent la pacienții cu miopie, diabet zaharat, după traumatisme. Reprezintă o urgență, pacienții trebuie să se prezinte rapid la consult oftalmologic, în urma căruia se va stabili dacă este nevoie de tratament laser sau intervenție chirurgicală;

Afectarea retiniană în cadrul unor boli generale: diabet zaharat, hipertensiune arterială, obstrucții vasculare centrale sau doar de ram (vena centrală retiniană, artera centrală retiniană).

Retinopatia diabetică are 3 stadii de evoluție și poate fi la început asimptomatică, de aceea este foarte important ca toți pacienții cu diabet zaharat să se prezinte o dată pe an la consult oftalmologic. Tratamentul constă în: fotocoagulare laser retiniană (mai multe ședințe, în medie 4-6), suplimente, injecții intravitreene sau intervenție chirurgicală, vitrectomie posterioară (formele avansate, asociate cu dezlipire de retină sau hemoftalmus (sânge în cavitatea vitreană).

În concluzie, afecțiunile retiniene trebuie descoperite la timp și tratate, de aceea este indicat un consult oftalmologic o dată la doi ani între 40 și 60 de ani, iar după 60 de ani un consult oftalmologic anual. De asemenea, este foarte important să respectați indicațiile medicului și să urmați cu strictețe tratamentul prescris dacă ați fost diagnosticat cu o afecțiune retiniană.

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

Sunt puține centrele oftalmologice unde asistența medicală este la un standard foarte înalt

Prof. dr. Dorin Chiseliță este profesor universitar și șeful clinicii de Oftalmolgie a Spitalului Clinic de Urgențe Sf. Spiridon din Iași. A participat activ la procesul de instruire și perfecționare a zeci de generații de studenți, medici rezidenți și specialiști precum și cadre didactice universitare. A manifestat un interes particular pentru patologia chirurgicală a segmentului anterior. A efectuat peste 30 000 de interventii chirurgicale cu toate gradele de complexitate: chirurgia cristalinului, a glaucomului, a corneii, traumatologie oculară și chirurgie refractivă.

Domnule doctor, cum apreciați nivelul serviciilor oftalmologice din România?

Dacă vorbim la modul general, pot să spun că în specialitatea de oftalmologie în România se utilizează imensa majoritate a metodelor de diagnostic și tratament medicamentos / chirurgical care se folosesc pe plan mondial. Din acest punct de vedere suntem comparabili. Atunci când vorbim de frecvența, de locul, de numărul de situații în care se practică aceste proceduri, realitatea este cu totul alta, în sensul că sunt foarte puține centrele sau secțiile de oftalmologie unde, per total, asistența medicală este la un standard foarte înalt. De ce există această diferență?

Înainte de toate cred că această diferență rezultă dintr-o dotare inegală. Oftalmologia prin excelență este o disciplină înal tehnologizată. Avem nevoie de foarte multe instrumente, aparatură, de performanță. lucruri costisitoare. Există o clară inegalitate a dotărilor, comparând diverse secții oftalmologice între ele, sau între secțiile de stat și clinicile private, în favoarea clinicilor private. Aici, competiția înainte de toate a impus măcar un nivel mare al dotărilor. Trebuie să recunosc că în țară sunt secții de oftalmologie de stat foarte bine dotate, acolo unde s-a manifestat un interes deosebit pentru acest lucru dar sunt și secții sau chiar clinici de oftalmologie în care dotarea lasă de dorit. Personal, în clinica privată pe care am construit-o probabil că investesc în tehnologie și în dotare de 5 mai mult decât într-o secție clinică de stat. Spre deosebire de acest lucru, pregătirea medicilor oftalmologi în general este bună și foarte bună. Desigur există diferențe și între medici. Probabil că față de medicii din vest, cu care dorim în permanență să ne comparăm, avem un element suplimentar și anume empatia față de pacienți. Medicul român, oftalmologul îngrijește și tratează altfel pacientul, se implică chiar afectiv. Acest lucru poate să aibă și un revers al medaliei și anume un concept paternalist asupra pacienților în sensul că dacă ai operat un pacient, de aici încolo trebuie să-l urmărești, căci este pacientul tău, ceea ce nu este opțiunea cea mai corectă. Dar, mixând ceea ce avem ca dotare și cât suntem de pregătiți, în mod categoric este loc de mai bine, pentru că eu cred că nivelul general trebuie îmbunătățit. Cu alte cuvinte, fiecare pacient din România trebuie să aibă o șansă să fie îngrijit la parametri standard.

Ce șansă de afirmare are un medic oftalmolog ieșit din rezidențiat? Ce perspective sunt pentru specializare?

Din nefericire, șansele reale, cel puțin la început sunt foarte mici. Este vorba de probleme foarte serioase și importante cărora nu suntem dispuși să le dăm o rezolvare. Înainte de toate știți că medicul rezident nu are nici un fel de responsabilitate pentru că el nu are cod de parafă. El nu apare

altfel decât ca medic rezident în toate documentele oficiale. El nu are o responsabilitate, nu are un program practic și real, nu teoretic, de pregătire, de însușire practică a manevrelor chirurgicale. Dacă el ar avea o responsabilitate clară, atunci an de an ar trebui să învețe tehnici, tehnologii noi, să îndeplinească anumite condiții, înainte de a intra în examenul de specialitate. Acest lucru nu se întâmplă în România și repet, cel puțin din două motive: primul este lipsa acordării unei responsabilități punctuale corespunzătoare fiecărui an de rezidențiat și cea de-a doua este acestă atitudine paternalistă, că acesta este pacientul meu și atunci ție ca medic rezident îți va fi foarte greu să ai acces la acest pacient. Este greu, de asemenea, pentru medicul rezident să își vadă viitorul apropiat sau să aibă o perspectivă a viitorului încă din perioada de rezidențiat. Din nefericire, în România nu există sistemul corect și necesar, cred eu, ca acestor medici să li se ofere un loc de muncă, să li se dea posibilitatea să lucreze să-și obțină expertiza în România, să aibă posibilitatea să lucreze în secții sau clinici cu dotarea corespunzătoare și să se dezvolte în mod normal. Ceea ce se întâmplă cu ei ține efectiv de forța, de voința lor individuală, de posibilitățile lor materiale, de râbdarea pe care o au în desăvârșirea lor profesională. Este un subiect extrem de delicat care cred că poate fi generalizat la toți medicii români care își termină specialitatea și pentru care trebuie găsită o soluție iar această rezolvare nu o văd altfel decât ca o soluție strict instituționalizată.

Prof. Univ. dr. Dorin Chiseliță, medic primar oftalmolog

Ce proceduri medicale novatoare si tehnologii de vârf sunt așteptate din partea dezvoltării mondiale a oftalmologiei?

Ne găsim într-o dinamică deosebită, în sensul că preocupările științifice sunt extrem de importante și vizează aproape toate palierele specialității noastre. Menționez doar câteva zone în care se așteaptă chiar rezultate imediate, foarte încurajatoare. Se pun speranțe foarte mari în obținerea unor medicamente care să întârzie procesul de cataractogeneză. Cu alte cuvinte, dorința de a avea un tratament medicamentos care să vindece cataracta, rezolvabilă în acest moment doar prin intervenție chirurgicală. Se lucrează în acest moment la obținerea unor medicamente care să întârzie procesul de îmbătrânire a cristalinului și prin aceasta la reducerea sau dispariția presbiopiei. Se lucrează la tratamentul genetic al unor afecțiuni degenerative neuro-retiniene cu rezultate încurajatoare. Se lucrează și se speră la rezultate foarte bune în obținerea unor medicamente cu adminstrare sau cu o inserție unică și care să le dea posibilitatea pacienților cu glaucom să-și controleze presiunea intraoculară cel puțin șase luni de zile, ceea ce în mod categoric ameliorează calitatea vieții pacientului. Foarte important de asemenea, se lucrează la acest concept extrem de fascinant care înseamnă neuroregenerarea. Foarte multă patologie retiniană și a a nervului optic este de tip neurodegenerativ. Procesele de neuroprotecție, de neuro-regenerare, de neuroresuscitare sunt procese absolut vitale, necesare și, repet, cercetarea în momentul de față este cel puțin optimistă dacă nu cumva sunt zone în care rezultatele pozitive în viața practică devin reale. Vom aștepta în perspectivă transplante ale țesuturilor nervoase, pentru că aceasta este problema, extrem de importantă, să înlocuim retina, să înlocuim o parte din retină, să vedem ce facem cu nervul optic. Aceste preocupări există în special în mintea cercetătorlor fundamentali, dar această perspectivă este ceva mai îndelungată.

Susținem organismul copilului cu gemoterapie

Intrarea în sezonul rece este momentul în care să ne reamintim cum să creștem imunitatea copiilor și ce putem face în cazul apariției răcelilor.

Dr. Monica Spînu,
medic specialist
medicină de familie
www.plantextrakt.ro

Dintre produsele naturale, opțiuni eficiente sunt cele cu suc de Echinacea purpurea. De exemplu, produsele Plantextrakt cu suc de Echinacea purpurea sunt obținute din plante de cultură ecologică (organică), prin prelucrarea plantei în stare proaspătă, ca suc stabilizat, rezultând o eficiență terapeutică deosebită, prin extracția compușilor răspunzători de acțiunea imunostimulatoare. Veți observa de aceea, recomandarea de administrare 4 zile cu 4 zile pauză.

Asocierea sucului de Echinacea cu extracte gemoterapice sau fitoterapice, în diverse combinații, constituie un sprijin pentru întărirea, refacerea și detoxifierea organismului.

Astfel, pentru coplilul mic (1-6 ani), în scop preventiv, pentru întărirea imunității, se recomandă **IMUNOGRIP JUNIOR**. Curele periodice de 4-6 săptămâni, cresc rezistența organismului și favorizează revenirea mai ușoară a organismului în caz de răceală.

Datorită acțiunii susținute de întărire a imunității, nu se va administra concomitent cu vaccinările (doar după 4-6 săptamâni de la efectuarea vaccinului). Pentru copiii mai mari, există preparatul Imunogrip plus zinc și vitamina C.

Nu uitați și de o cură de deparazitare intestinală – puteți alege produsul natural conceput de farm. Ovidiu Bojor, **GIARDINOPHYT**. Întărirea imunitară presupune un intestin sănătos – acolo fiind sediul producerii unei canitați importante de serotonină, hormonal fericirii.

Pentru copiii obosiți, sau fără poftă de mâncare, care răcesc des sau au o creștere dificilă, este util produsul **VITANEMIN JUNIOR**. Administrat în cure de 4-6 săptămâni, crește vitalitatea copilului, stimulează pofta de mâncare, corectează anemia, întărește sistemul osos și dantura. Se poate alterna în administrare cu Imunogrip junior, pentru creșterea armo-

Dacă a început o răceală sau gripă, de la primele semne de boală, se poate folosi IMUNOREZISTAN JUNIOR (sau Imunorezistan Forte pentru copilul mai mare și adulți). Are un efect complex, antiinflamator și antialgic. Simptomele acute sunt ameliorate rapid și organismul este întărit. Este important să continuăm administrarea cel puțin 3-4 zile după ce copilul se simte mai bine, pentru un efect optim. Dacă primele semne de răceală sunt însoțite și de iritație în gât, asociați administrării de Imunorezistan Junior și FIORDA JUNIOR, pastile gumate pentru gât, cu extracte de Lichen islandez, Tei și lactoferină. Acestea se pot da copilului de la vârsta de 4 ani și vor susține refacerea integrității mucoaselor gurii și gâtului, efect completat de cel de întărire imunitară dat de lactoferină.

PlantExtrakt®
natura sănătății tale

GAMA junior

ÎNTĂRIRE ȘI CREȘTERE ARMONIOASĂ

- IMUNOGRIP JUNIOR
  Întărire imunitară
- VITANEMIN JUNIOR
  Anemie, crește pofta de mâncare

RĂCEALĂ ȘI TUSE

- IMUNOREZISTAN JUNIOR
  Debut de răceală și gripă
- FIORDA JUNIOR
  Iritație/durere în gât, răgușeală, tuse iritativă
- SINUTROL JUNIOR
  Răceli la nivelul căilor respiratorii superioare (sinusuri, nas, gât, ureche)
- VITATUSSIN JUNIOR
  Tuse seacă și/sau productivă

www.plantextrakt.ro

nioasă a copilului (în pauzele de 4 zile de la administrarea de Imunogrip Junior).

Pentru copiii mai mari, precum și pentru părinți, *Polygemma 8 – astenie psiho-fizică și memorie*, cu acțiune tonică, este un revitalizant fizic și psihic, este eficientă în astenia de diverse cauze. Crește rezistenţa organismului în condiţii de stres și este util în perioade de suprasolicitare. Pentru efect optim se administrează 2-4 săptămâni.

SINUTROL JUNIOR este un preparat fito-gemoterapic, în special pentru răcelile de la nivelul căilor respiratorii superioare (nas, gât, ureche, sinusuri). Unele afecțiuni respiratorii sunt acute, altele se tot repetă, recidivează; Sinutrol Junior ajută în ambele cazuri, prin creșterea rezistenței organismului și reducerea frecvenței recidivelor.

Tusea apare de multe ori în cazul unei răceli; poate fi seacă sau umedă, sau alternează ambele forme; sau poate apare răgușeala, mai frecventă în caz de laringită. În aceste cazuri apelați la siropul de tuse **VITATUSSIN JUNIOR**: calmează tusea și ajută la eliminarea secreţiilor. Este util în probleme acute dar și în tuse persistentă, îndelungată.

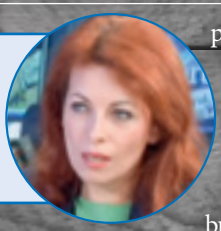
Este important ca și părinții să își îngrijească sănătatea, pe cât posibil cu produse naturale, dacă se acționează preventiv sau de la primele semne de boală. Aceasta presupune să ne cunoaștem organismul și să îi identificăm slăbiciunile.

Unele produse naturale gemoterapice și fito-gemoterapice, prezentate aici, este util să le avem acasă, în trusa de urgență, pentru a le putea folosi de la primele semne de îmbolnăvire a copilului; astfel eficiența lor va fi maximă și însănătoșirea mai rapidă. Aceste preparate nu înlocuiesc consultul medicului, putând fi doar opțiuni blânde care să susțină organismul sau refacerea organismului copilului, la debut de boală.

De sărbători...

De sărbători este dificil să nu remarcăm, ca în fiecare an, cum s-a înteţit goana după cadouri şi nu în ultimul rând după achiziţionarea de bunuri de toate felurile, mai mult sau mai puţin necesare. Pare că finalul de an aduce cu el etalarea şi nevoia de a satisface necesităţi şi dorinţe ţinute mult sub control sau înăbuşite de-a dreptul până atunci, care ne determină să nu mai contenim cu cumpărăturile…

Cristina Fűlőp
Cabinet Individual de Psihologie
0722.509.713



Înţelept ar fi, poate, dacă ne-am opri pentru câteva minute şi am analiza în ce măsură, dorinţa noastră de a achiziţiona tot felul de obiecte, fie că este vorba despre cadouri, fie că este despre a cumpăra pentru noi, este influenţată sau nu, de mimestismul social şi de obişnuinţele proprii care nu au de-a face nici cu plăcerea pe care o putem provoca celui căruia îi dăruim şi nici cu vreo satisfacţie personală, fie ea şi de moment, ci constituie exagerări ne-necesare ce pot produce repercusiuni pe care ar fi mai bine să le evităm.

Îmi doresc să înţelegeţi din rândurile mele, că nu sunt împotriva faptului de a oferi cadouri celor dragi, chiar dimpotrivă, însă ceea ce se întâmplă în această perioadă, deseori este prea departe de simplul „a oferi” şi de a crea bucurie.

Mă refer în mod special la cum arată explozia nestăvilită de jucării, jocuri şi alte răsfăţuri, pe care mulţi dintre noi o revarsă asupra copiilor. Câţi dintre noi ne gândim cu seriozitate care sunt efectele pe care le provocăm atunci când oferim cadouri „fără număr” propriului copil sau nepot sau altor copii? Dorinţa declarată şi conştientizată este sigur pozitivă, însă în afară de asta, este important să asumăm şi faptul că structurăm obişnuinţe care reprezintă modalităţi de raportare la realitate prin modelarea aşteptărilor, a scării de valori şi a dimensiunilor interacţiunilor pe care copiii le construiesc cu persoanele de referinţă.

Excesele sunt asociate cu ne-binele şi în cazul adulţilor, deoarece riscul de a dilua semnificaţia faptului de „a dărui”, pentru că depăşim măsura, este foarte ridicat.

Potrivit ar fi să punem accent pe calitate şi pe faptul de a găsi acel obiect sau, de ce nu, experienţa, pe care ştim că şi-o doreşte cel căruia îi oferim.

Una dintre cele mai neplăcute şi frustrante situaţii trăite (poate de fiecare dintre noi, măcar pentru o dată în viaţă), este despre primirea unui cadou care nu are legătură cu persoana noastră şi care este mai mult despre cel care ni l-a oferit. Cel mai simplu mod de a evita provocarea unor astfel de frustrări oamenilor dragi, este să fim atenţi (tot anul, nu doar în decembrie), la ce le place, la ce îşi doresc şi să avem grijă să ne asigurăm că putem procura respectivul cadou.

Atunci, să rămânem focusaţi în principal, pe asocierea ideii de „a dărui” cu „plăcerea şi bucuria celuilalt” (sigur, şi ale noastre) şi de asemenea, dacă dorim că darul nostru să fie semnificat aşa cum l-am pregătit să fie, atunci, ne rămâne doar să îl alegem cu dragoste şi cu gândul la persoana care urmează să îl primească…

Bio Active MC,
produs japonez de excepţie!

Nu există bucurie și satisfacție mai mare ca atunci când primești vești bune de la persoanele care iau Bio Active MC.

Doamnă din județul Brașov, 40 ani, 2 nașteri, a descoperit acum 4 luni un chist de 2 cm pe ovarul drept. Medicul a recomandat doar urmărirea lui la fiecare 3-4 luni. Doamna a decis să administreze câte 3 pliculețe/zi de Bio Active MC, iar la următoarea investigație, chistul nu s-a mai observat.

Tot din județul Brasov, doamnă în vârstă de 37 ani, a descoperit un nodul de 3 cm la sân și a început un tratament intens cu Bio Active MC (3 pliculețe/zi) și ceai antitumoral „Farmacia naturii", din cultură ecologică. După 4 luni, la investigații s-a constatat că nodulul are 1.8 cm. În acest moment, doamna continuă administrarea de Bio Active MC și ne va informa asupra stării de sănătate.

Notă: Bio Active MC este un supliment alimentar și nu înlocuiește tratamentul recomandat de medic sau un regim alimentar variat. Rezultatele diferă în funcţie de organismul fiecărei persoane, dar este întru totul natural și 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.

Recomandăm achiziționarea din punctele de distribuție menționate pe site-ul nostru (farmacii sau magazine naturiste) și verificarea compatibilității produsului cu tratamentul dat de medicul curant.

Veste bună pentru pacienții din Iași, Bacău și Neamț: din luna iunie Bio Active MC se găsește și în farmaciile Sfântul Spiridon din Iași, Bacău și Piatra Neamț!

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

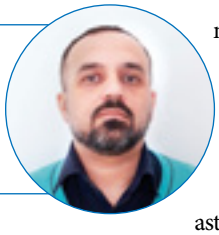
De ce Bio Active MC?

- Deoarece sănătatea este mai bună decât toate și 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 îngrășăminte chimice.
- Deoarece **Bio Active MC** îţi oferă garanţia calităţii japoneze, prin mărcile primite de la asociaţii de Medicină Alternativă și 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 și meriţi să ai parte de ea!
- Conţine 120 de elemente necesare organismului (minerale, aminoacizi, oligoelemente) și este ușor de înghiţit și ușor de asimilat!

Metoda 100% naturală de a preveni Artroza

În medicina tradițională ayurvedică, boala nu este tratată punctual, ci este văzută ca o dereglare a echilibrului întregului organism. Suntem o "mașinărie complexă" în care toate organele sunt intercorelate, interdependente.

Farm. Ing. Liviu Florian Horoba
Manager
Departament Cercetare
Star International Med



Artroza reprezintă insuficiența articulațiilor diartrodiale (mobile, cu sinovială bine reprezentată).

Epidemiologie și factori de risc - artroza este cea mai frecventă suferință articulară a omului. La vârstnici, artroza genunchilor este principala cauză de invaliditate, aproximativ 100.000 de oameni sunt incapabili să se deplaseze singuri. Artroza șoldului este mai frecventă la bărbați, în timp ce artroza articulațiilor interfalangiane și a bazei policelui este mai frecventă la femei. Insuficiența ligamentului încrucișat anterior și lezarea meniscului (inclusiv meniscectomia) conduc la gonartroză. O persoană cu fractură trimaleolară va dezvolta aproape sigur artroză de gleznă. Obezitatea este un alt factor de risc pentru artroza genunchilor și a mâinii.

Patogenie - principala sarcină ce se exercită pe cartilajul articular este produsă de contracția mușchilor care stabilizează sau mișcă articulația. Deși cartilajul are o excelentă capacitate de a absorbi șocurile, în majoritatea locurilor are o grosime de doar 1-2 mm – prea mică pentru a-i permite să servească drept unică structură articulară. Cartilajul articular îndeplinește două funcții: (1) reprezintă o suprafață netedă excelentă, astfel încât în timpul mișcărilor articulare oasele alunecă fără dificultate unul deasupra celuilalt; (2) previne concentrarea stresului mecanic, astfel încât osul nu este lezat acolo unde solicitarea articulară este maximă.

Artroza poate apărea în două împrejurări: (1) proprietățile biomecanice ale cartilajului articular și ale osului subcondral sunt normale, dar suprasolicitarea mecanică poate provoca lezarea țesutului sau (2) solicitarea este în limite fiziologice, dar proprietățile cartilajului și osului sunt inferioare normalului.

Tabloul clinic - durerea în artroză este descrisă ca o senzație profundă de disconfort localizată în articulația interesată. Tipic, durerea din artroză este agravată de utilizarea articulației și diminuată de repaus, dar pe măsură ce boala progresează poate deveni persistentă. Sunt caracteristice crepitațiile osoase.

În stadiile avansate de artroză pot apărea deformări importante, hipertrofii osoase, subluxații și reducerea marcată a mobilității articulare.

Tratamentul artrozei vizează reducerea durerii, menținerea mobilității și diminuarea handicapului fizic. Agresivitatea intervenției terapeutice trebuie să fie dictată de severitatea stării fiecărui pacient. Pentru cei cu forme blânde de boală tratamentul constă în administrarea de produse pentru protecția articulațiilor (ARTRISALM, OSTEOPOWER, ș.a) și ocazional analgezice orale sau locale (NONDOLOR); pentru aceia cu artroză mai severă, mai ales gonartroză sau coxartroză, programul terapeutic este mai cuprinzător, incluzând analgezice și/sau antiinflamatoare.

Terapia medicamentoasă în artroză - terapia actuală a artrozei este paleativă. Deși medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) reduc deseori durerile articulare și ameliorează mobilitatea în artroză, amplitudinea acestei îmbunătățiri este în general modestă. În artroză trebuie să se manifeste prudență în administrarea AINS datorită efectelor adverse ale acestor medicamente, îndeosebi cele legate de tractul gastrointestinal.

Din fericire pentru noi există plante care conțin substanțe cu efecte benefice prevenției și ameliorării durerilor și care reduc factorul P (un mediator neuropeptidic al durerii) din terminațiile nervoase senzoriale locale.

Din multitudinea de plante cu efecte benefice asupra sănătății organismului, echipa de cercetători STAR INTERNATIONAL

MED, a selectat câteva și a dezvoltat produsele:

OSTEO POWER - Conține plante ayurvedice care contribuie la formarea și menținerea structurii și mineralizării oaselor scheletului, a dinților, părului, unghiilor și pielii. Mineralele din plante susțin procesul natural de refacere și remodelare a calusului în cazul fracturilor, precum și densitatea osoasă. Plantele din compoziția OSTEOPOWER ajută la absorbția calciului prin eliberarea acestuia în fluxul sanguin și fixarea în oase.

Formarea normală a colagenului contribuie la susținerea procesului de refacere a oaselor, tendoanelor, ligamentelor și cartilajelor după traumatisme sau efort fizic prelungit. Complexul de fitonutrienți din produs susține activitatea normală a inimii, presiunea sanguină, procesul de coagulare, contracția musculară, funcționarea normală a sistemelor nervos și imunitar

ARTRISALM - Potrivit Ayurveda, acumularea de toxine în articulații poate duce la disconfort și poate inhiba buna lor funcționare. Principalele ingrediente din ARTRISALM, boswellia și turmericul, au fost folosite de sute de ani pentru a susține sănătatea articulațiilor. Principiile active din aceste plante penetrează adânc țesuturile, detoxifică, lubrifiază și calmează durerile de la nivelul articulațiilor.

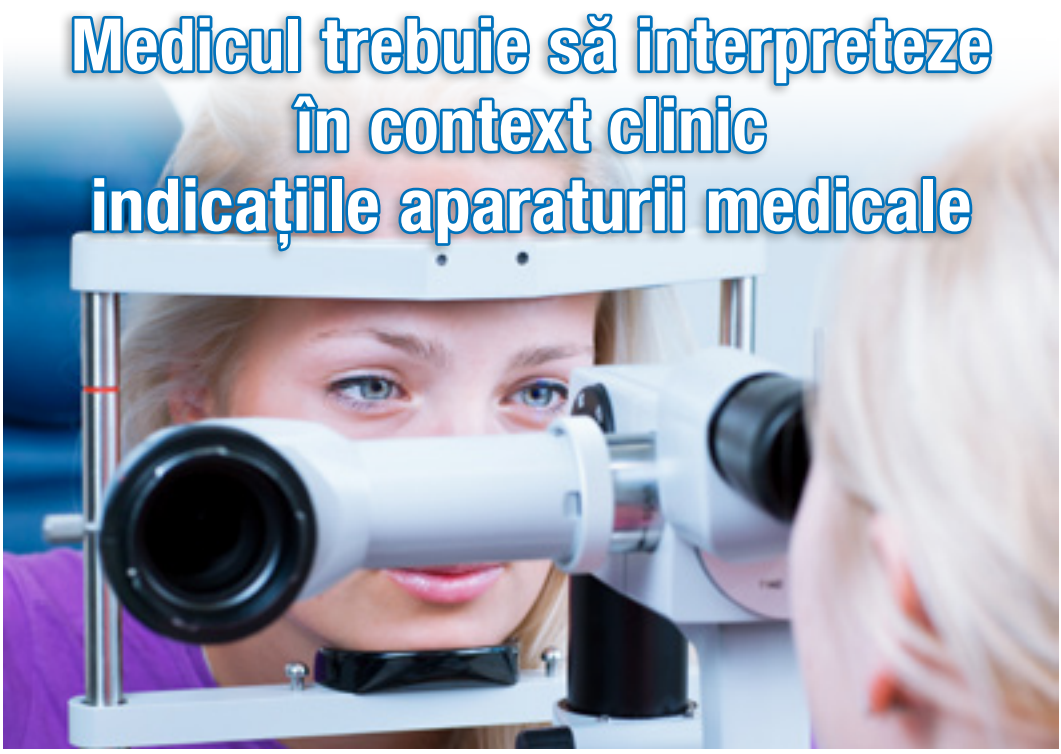
Prin acțiunea sinergică a substanțelor bioactive din plante, ARTRISALM contribuie la menținerea mobilității articulare normale prin asigurarea troficității, a lubrifierii normale și prin susținerea circulației sanguine. Fitonutrienții cu proprietăți antioxidante neutralizează radicalii liberi protejând articulațiile împotriva stresului oxidativ și a proceselor degenerative. ARTRISALM contribuie la susținerea proceselor naturale de regenerare a țesuturilor distruse, reducerea rigidității articulare și a disconfortului articular de natură inflamatorie, la diminuarea durerilor și a disconfortului în caz de suprasolicitare mecanică a articulațiilor sau în traumatisme ale aparatului locomotor. Este recomandat în tipurile de modificări articulare de tip inflamator (artrite), degenerativ (artroze) sau post traumatice, precum și în cazurile de suprasolicitare a articulațiilor.

În tratarea durerilor pentru uzul extern se recomandă NON DOLOR Unguent. Principiile active din unguentul NON DOLOR se absorb ușor și ameliorează cu rapiditate durerea din afecțiunile articulare (reumatismul inflamator, degenerativ, abarticular), suprasolicitări sau traumatisme osteo-articulare. Calmează durerile musculare difuze sau localizate, crampele musculare sau durerile după efort fizic intens sau contuzii. **NON DOLOR** stimulează circulația periferică a sângelui și limfei prin înlăturarea acumulărilor de toxine din mușchi, favorizând regenerarea celulară. Acțiunea ușor revulsivă a unguentului produce o senzație confortabilă de cald la nivelul pielii, conducând la eliminarea disconfortului din straturile profunde ale mușchilor și tendoanelor. Uleiurile esențiale din extractele vegetale au, de asemenea, acțiune antibacteriană și antifungică, prevenind infecțiile locale.

ayurmed

STAR INTERNATIONAL MED
www.ayurmed.ro
www.star-ayurveda.ro
natural@star-ayurveda.ro
0722 750 111
021 313 94 81

Medicul trebuie să interpreteze în context clinic indicațiile aparaturii medicale



O zi din timpul de pregătire continuă a medicului oftalmolog

Aflat la Congresul Societății Române de Glaucom, 14-17 martie, a.c. am stat de vorbă cu dr. Ana Maria Dascălu, care mi-a furnizat câteva impresii despre reuniunea medicală aflată în acel moment în curs de desfășurare. În avanpremieră, a dezvăluit câteva noutăți din comunicarea științifică ”Gonioscopia nu mai e necesară când unghiul pare deschis imagistic” pe care a pregătit-o pentru acest eveniment ”la sugestia prof. dr. Alina Popa-Cherecheanu”.

Dr. Ana Maria Dascălu,
m. pr. oftalmolog la Spitalul Universitar din București,
As. Univ. UMF Carol Davila București, chirurg oftalmolog specializat in interventii chirurgicale pol anterior

Prezentările din această consfătuire mi s-au părut foarte interesante și actuale, am avut de învățat multe lucruri interesante care îmi vor fi utile în practica de zi cu zi cu pacienții. Participarea la congres mi se pare extrem de solidă, sunt înscriși cu referate medici atât din țară cât și invitați din afară și consistența lucrărilor și nivelul dezbaterilor este comparabilă cu a reuniunilor medicale la nivel cel mai înalt din străinătate. M-am bucurat că am putut fi prezentă la acest congres.

Dintre prezentările pe care le-am audiat aș menționa pe acelea despre tehnici de intervenție chirurgicală de glaucom, de trabeculectomie, expuse de diferite personalități în domeniu, evident fiecare cu abordarea proprie, aceste modele urmând ca noi să le adaptăm fiecare funcție de pacient, de cazul respectiv și de cum ne construim fiecare propriul drum în viața chirurgicală. Mi-au plăcut foarte mult actualitățile de imagistică prezentate de profesorul Leopold Schmetterer

din Singapore, de asemenea dr. Enrique Jorge Pfeiffer din SUA a avut un curs practic de ecografie oculară foarte interesant. Prezentările au fost interactive, permițând comunicarea de exemplu cu specialiștii în tehnica de UBM (ultrabiomicroscopie) și orice lămurire se putea obține probând pe un pacient virtual chiar în timpul prezentării. Mi-au mai plăcut dezbaterile legate de diferența dintre teorie și practică, conținând diferite trucuri pe care poți să le aplici în unele cazuri.

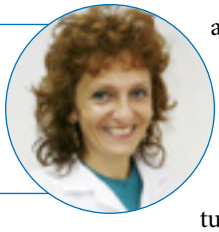
Eu urmează să susțin o prezentare în sesiunea MythBusters – Demolatorii de Mituri despre rolul examinarii prin gonioscopie in contextul dezvoltarii tehnicilor actuale de imagistică în evaluarea unghiului iridocornean în glaucom și despre situațiile când aceste evaluări pot sau nu să treacă peste observarea directă a unghiului de către medicul oftalmolog. Exista tendinta in prezent, mai ales in randul colegilor mai tineri, sa absolutizeze rolul rezultatelor imagistice in devafoarea examinarii clinice. Prezentarea mea prezinta aspecte in care cele 2 categorii de investigatii se completeaza una pe alta, rolul gonioscopiei fiind in continuare deosebit de important in examinarea pacientului glaucomatos, mai ales in cazul glaucoamelor secundare cu unghi deschis, cum ar fi, de exemplu, glaucomul pseudoexfoliativ, glaucomul pigmentar sau glaucomul neovascular – in stadiul initial, asta pentru a mentiona doar cele mai frecvente dintre situatii.

Pentru aceasta lucrare, o parte din informațiile prezentate se bazează pe propria experiență din practica medicală curentă, iar in completare am parcurs informații din tratate medicale, si din studii clinice recente publicate in reviste de specialitate, mai ales in ceea ce priveste aparatura imagistica la care care nu am acces in practica medicala in clinica in care imi desfasor activitatea. Documentarea în orice lucrare științifică este baza de la care se pleacă. Dar sunt tehnici pe care le folosești și în care poți să ai propriile concluzii și să le compari eventual cu cele ale altor studii.

Remarc un mare efort de dezvoltare a aparaturii medicale pentru oftalmologie, cu evidente plusuri, pentru că acestea pot să vadă cu mai mare acurateț e, la nivel de microni, ceea ce ochiul singur nu poate să perceapă. Dar, ca și în orice altă parte a medicinii, până la urmă contează și ce vede medicul specialist. Sunt amănunte pe care nu le poți obține doar punând pacientul la niște mașini, trebuie să-l vezi și să interpretezi în context clinic anumite detalii. În munca de cercetare pentru lucrarea mea am aflat lucruri noi, să spunem revoluționare, în domeniul achiziției de fotografii cu rezoluție extrem de fină, care chiar în viitorul apropiat vor putea să treacă peste ochiul uman. Adică, aceste tehnologii vor putea înlătura contactul direct al medicului cu pacientul, obținându-se niște informații atât de fine și precise încât acestea vor fi o prelungire a medicului în luarea deciziei terapeutice.

3 prezentări de caz

Conf. Dr. Cristina Nicula,
UMF Iuliu Haţieganu, Cluj,
cu preocupări profesionale în chirurgia segmentului ocular anterior, cataractă şi boala glaucomatoasă.



Tratamentul pacientului cu progresie glaucomatoasă.

După 2 ani de la diagnosticare, chiar şi după un tratament medicamentos corespunzător, glaucomul poate să aibă o progresie, evidenţiată printr-o serie de examinări funcţionale de tipul câmpului vizual, sau structurale – pentru care folosim pe scară largă tomografia în coerenţa optică (OCT). Odată stabilită această rată de progresie, trebuie luaţi în considerare factorii prognostici care induc rata de progresie şi apoi se prescrie un tratament adecvat, care de obicei trebuie să fie mai agresiv. Astfel, faţă de medicaţia anterioară se adaugă una, două sau trei tipuri de medicaţii topice. Uneori la aceşti pacienţi cu progresie este necesată asocierea lasertrabeculoplastiei sau chiar indicaţia chirurgicală. Rata de progresie poate fi influenţată de anumiţi factori: vârsta - rată mai mare cu înaintarea, apoi sindromul de pseudoexfoliere, la care datorită progresiei mari în 3 ani apare riscul pentru pacient să-şi piardă vederea fără un tratament corespunzător. Bolile cardiovasculare sunt considerate factor de progresie în glaucom, în tulburări de refracţie şamd. Este importantă determinarea corectă a ratei de progresie şi eu cred şi sper că lucrarea mea a reuşit să aducă lămuriri în acest sens, în stabilirea factorilor prognostici şi câteva linii directoare în ceea ce priveşte tratamentul pacientului cu rată de progresie. Desigur, nişte legi sau reguli fixe nu pot fi stabilite, pentru că tratamentul pacientului glaucomatos este unul personalizat. Pentru fiecare pacient contează bagajul clinic, funcţional şi structural care rezultă din examinările periodice de după diagnosticare, adică anual minim 6 câmpuri vizuale şi de 2 ori OCT iar pe baza acestora se stabileşte rata de progresie.

Glaucomul refractar: ce mai poate fi făcut în astfel de cazuri?

Glaucomul refractar este faza finală a glaucomului, fază în care pacientului nu i se mai poate reduce presiunea intraoculară până la una nenocivă pentru nervul optic. În această situaţie trebuie să ne întreptăm atenţia asupra unor tratamente chirurgicale. Fie trabeculectomia cu agenţi antimetabolici care să împiedice proliferarea fibrovasculară şi astfel să împiedice eşecul bulei de filtrare sau utilizarea şunturilor sau a device-urilor de drenaj glaucomatos sau în caz de eşec a acestor proceduri se ajunge la intervenţii medicale ciclodistructive. Din această paletă de proceduri, **endociclofotocoagularea laser** este cea mai modernă metodă. Practic, ce facem concret la noi în ţară? Putem efectua trabeculectomia cu metaboliţi, putem folosi şunturile, fie nonrestrictive din seria şunturilor Molteno sau şunturile Ex-Press, fie şunturi restrictive precum valva Ahmed. Trebuie înţeles că aceste şunturi au indicaţie in extremis. Ele se pot aplica chiar de la vârste mici, pentru că glaucomul refractar poate avea ca şi cauză primară glaucomul congenital. Este una din formele de glaucom pe care foarte greu reuşim să îl rezolvăm şi să reducem presiunea intraoculară. Se încearcă trabeculectomia, care se poate repeta dar de multe ori aceşti copii anung la a li se pune şunturi de tip valva Ahmed, care are şi variante pentru uz pediatric. De asemenea mai sunt glaucoamele secundare după chirurgia cataractei congenitale, care se întâmplă în cca 50% din cazuri.

Diferite tehnici de trabeculectomie – tehnica chirurgicală care se aplică în operația antiglaucomatoasă.

Aici a fost un tronson de lucrări susținute de filme video în care fiecare chirurg participant și-a prezentat tehnica operatorie vizavi de trabeculectomie, tehnică chirurgicală considerată goldstandardul operațiilor antiglaucomatoase. Am văzut trabeculectomii în viziune americană, franceză, engleză sau după operate propria experiență, pentru că această operație este extrem de impredictibilă. Decursul operator poate să fie perfect și să ai postoperator o serie de surprize care afectează pacientul. De aceea, postoperator pacientul trebuie văzut o perioadă de timp pentru a preîntâmpina eventuale complicații și rezultatul în final să fie conform așteptărilor din preoperator. Eu mi-am prezentat tehnica mea, prin care operez o anumită inciziei a conjunctivei puțin diferită de unii dar asemănătoare cu ce fac alți colegi. Din practica mea chirurgicală mi-am dat seama că acest procedeu îmi asigură formarea unei bule de filtrare mult mai largă, mai difuză, nu am în postoperator hipotonie, deci scădere brutală a presiunii intraoculare care ar putea da complicații retiniene, cu scăderea vederii pacientului și care s-ar recupera mai greu în timp sau uneori ar necesita revizuirea bulei de filtrare și o resutură a voletului scleral.

Acest tronson a fost foarte interesant, ca mereu când este o prezentare de film video și vezi foarte clar ce se face. Această sesiune cred că a fost un aport deosebit pentru auditoriu.

Oftalmia simpatică

(cum poate afecta un ochi „prost" ochiul bun)

Prof. univ. dr. Monica Pop,
manager Spital Urgențe Oftalmologice (Lahovary)

Oftalmia simpatică este o afecţiune care apare la ochiul sănătos după ce ochiul congener (celălalt) a suferit un traumatism perforant (plăgi perforante, înţepături, intervenţii chirurgicale nereuşite, corpi străini endo-oculari etc)

Oftalmia simpatică poate surveni imediat după traumatismul perforant al celuilalt ochi sau mai târziu, după ani și chiar zeci de ani. Apare în urma unui proces inflamator acut al ochiului traumatizat, afectând OCHIUL SANATOS. Etiologia este de natură necunoscută, probabil este vorba de o boală autoimună, generată de procesul de distrucţie uveală. Când această afecţiune atacă ochiul sănătos, evoluţia este similară ochiului traumatizat, uneori chiar mai gravă.

Simptome la ochiul bun: fotofobie, lăcrimare, hiperemie (înroşire), semne irido-ciliare (inflamare), scăderea vederii ș.a.

Fără tratament rapid și eficient, se produce pierderea vederii sau chiar și a globului ocular ca entitate anatomică.

Înainte de apariţia tratamentului cu corticosteroizi sau ciclosporine, aceşti pacienţi îşi pierdeau vederea.

Pentru a se preîntâmpina apariţia acestei afecţiuni, este obligatoriu tratamentul corect al ochiului traumatizat, atât chirurgical cât și medical. În situaţia în care ochiul traumatizat a pierdut simţul de lumină și este hipoton, roşu, lăcrimos, dureros, dacă nu se liniştește sub tratament antiinflamator local și general, trebuie procedat la evisceraţia acestuia (urmat de protezarea cavităţii).

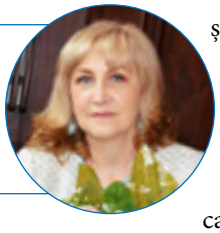
Prelungirea perioadei de inflamaţie acută a ochiului traumatizat, care a pierdut vederea, e roşu, moale, lacrimează, doare, conduce de obicei cu paşi mari către oftalmia simpatică. Boală foarte gravă și de temut.

Dacă oftalmia apare pe ochiul sănătos în situaţia în care ochiul traumatizat a păstrat o parte din acuitatea vizuală, se încearcă un tratament asociat cu cortizon și imunosupresoare. Cazul este o urgenţă oftalmologică.

Tratamentul ambliopiei

La fiecare 5 secunde un adult orbește iar la fiecare minut un copil. Ambliopia, alături de cataractă, retinopatia diabetică, viciile de refracție și glaucomul, face parte din ceea ce numim „afecțiuni oculare ce pot fi prevenite”.

Prof. Univ. Dr. Camelia Margareta Bogdănici,
Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa", Șef clinică Oftalmonologie, Spital Sf. Spiridon, Iași



Ambliopia este una dintre cele mai grave maladii ale sistemului vizual la copii și reprezintă o treime din patologia oftalmologică pediatrică, fiind o problemă atât medicală cât și socială. Cel mai frecvent, ambliopia este cunoscută sub denumirea de ochi leneș.

Screening-ului vizual la copil este o metodă eficientă de identificare a ambliopiei. În țările dezvoltate se face screening vizual la copiii de vârstă preșcolară, între 3 ani și 3½ ani, de către medicul de familie, optometrist, personal instruit sau oftalmolog. Toți copiii de vârstă școlară sunt examinați de oftalmolog și se vor cerceta totodată și „defectele de acomodare educațională” care pot fi determinate de diversele boli oculare.

Tratamentul profilactic al ambliopiei constă în depistarea precoce a viciilor de refracție și luarea măsurilor de corectare înainte de instalarea ambliopiei. În cazul cataractelor congenitale se recomandă intervenția chirurgicală precoce, iar în cazul strabismului operația precoce previne instalarea ambliopiei.

Corecția optică reprezintă tratamentul de primă linie în ambliopia refractivă. Are ca obiectiv principal corectarea deficitului senzorial printr-o focalizare bună a imaginii pe retină. Obținerea unei acuități vizuale optime asigură baza senzorială pentru realizarea binocularității. Corecția se poate face cu ochelari și/sau lentile de contact sau prin chirurgie refractivă.

Tratamentul cu prisme este singura metodă de stimulare bi-retiniană continuă, în condițiile existenței unui strabism. Prismele au rolul de a modifica tipul stimulării bi-retiniene în vederea obținerii unei corespondențe retiniene normale.

Ocluzia reprezintă „terapia de aur” a ambliopiei. Prin ocluzie se înțelege eliminarea funcțională a ochiului director (a ochiului cu vedere mai bună), prin acoperirea sa. Această metodă, a fost cunoscută și descrisă din cele mai vechi timpuri.

Ocluzia trebuie recomandată cât mai precoce, imediat după diagnosticul de ambliopie. Ocluzia poate fi prescrisă de la o oră pe zi, la tot parcursul zilei dar este necesar un minim de 6 ore de ocluzie pe zi pentru a crește acuitatea vizuală.

Mijloacele de ocluzie sunt diferite. Se recomandă folosirea de pansamente adezive pe pielea feței. Nu sunt recomandate ocluzoarele de plastic între ochelar și fața copilului, ocluzia peste ochelari, ocluzia tip pirat. Excepțional, la copiii foarte puțin complianți se recomandă ocluzia cu lentilă de contact opacă.

„Ocluzia trebuie purtată un număr de săptămâni egal cu cel al vârstei copilului”. Este regula cea mai simplă și mai ușor de ținut minte.

Succesul ocluziei este greu de obținut. Succesul terapiei ocluzive este în primul rând asigurat atunci când există complianța copilului sau parentală (peste 50% din cazuri nu sunt compliante la tratament).

Ocluzia poate fi folosită la copiii cu vârste mai mici de un an numai dacă copilul poate fi chemat la control cel puţin o dată pe săptămână. Limita superioară de vârstă pentru ocluzie este dificil de apreciat, de aceea trebuie stabilită pentru fiecare caz în parte. Recuperarea vederii este cu atât mai înceată cu cât copilul are o vârsta mai mare, ceea ce înseamnă că este dificil de realizat tratamentul ambliopiei la copiii care sunt deja şcolari. Este posibil ca la aceasta grupă de vârstă recuperarea vederii să fie foarte slabă sau absentă.

Sectorizarea are ca scop să prevină tulburările senzoriale ce apar la fixarea pentru o anumită distanţă. Sectorizarea se poate defini ca o ocluzie parţială, uni sau bilaterală, realizată cu adezivi lipiţi pe lentila ochelarului.

Se utilizează în cazul strabismelor tratate înaintea vârstei de 18 luni. De acest tip de tratament va beneficia copilul care are un strabism cu deviaţie mare fie la fixarea la distanţă (exces de divergenţă), fie la fixarea la aproape (exces de convergenţă), în timp ce pentru alte distanţe de fixaţie, comportamentul senzorio-motor este normal.

Există şi sectorizare prin folosirea de lucarne care sunt destinate tratamentului ambliopiilor severe. Lucarnele se obţin prin lipirea pe lentila ochiului fixator a unui adeziv care prezintă un orificiu central cu diametrul de 4-10 mm.

Penalizarea constă în reducerea vederii la ochiul dominant, prin diferite metode, pentru ca fixaţia să fie preluată de celălalt ochi (respectiv ochiul ambliop). Ea trebuie aplicată precoce în ambliopiile moderate. Atunci când un copil (sau chiar părinţii) refuză categoric ocluzia, se prescrie penalizarea care, chiar dacă nu este la fel de eficientă, împiedică formarea conexiunilor patologice.

Pe lângă penalizarea medicamentoasă cu atropină există şi o penalizare optică, când se folosesc filtre graduale Ryser (pe ochelar se lipesc folii adezive, cu grad variat de transparenţă, care reduc acuitatea vizuală a ochiului dominant cu 25-30%) sau filtrele Bangerter.

Tratamentul medicamentos al ambliopiei

Principalele sisteme modulatoare la nivel cortical (adrenalina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina şi serotonina) reglează funcţii complexe ale sistemului nervos central, precum diferite forme de plasticitate neuronală, procese cognitive şi comportamentale. Administrarea lor poate creşte temporar performanţele vizuale, a acuităţii vizuale, a sensibilităţii la contrast, la copiii mari şi adolescenţi (8-18 ani) dar poate apărea o regresie parţială a acuităţii vizuale după întreruperea tratamentului. Administrarea acestor modulatoare la copilul ambliop a avut efectul benefic comparabil cu acela realizat prin ocluzie.

Atropina, folosită în tratamentul ambliopiei încă din 1963, are rolul de a încetoşa privirea ochiului normal şi este folosită atunci când pacientul nu acceptă ocluzia.

Tratamentul ortoptic urmăreşte tratamentul tulburărilor vederii binoculare, de a reeduca vederea binoculară. Este un tratament complex ce utilizează o gamă largă de aparate şi exerciţii: tratamentul cu postimagini pentru educarea funcţiei maculare sau exerciţiile cu fasciculul Heidinger pentru stimularea maculară.

Stimularea magnetică transcraniană poate îmbunătăţi temporar sensibilitatea la contrast şi rezoluţia spaţială în ambliopia adultului. O metodă cunoscută sub termenul generic perceptual learning, are ca principiu stimularea vizuală repetată cu diferite imagini, care conduce la îmbunătăţirea semnificativă şi persistentă a acuităţii vizuale pe termen lung. Facilitează conexiunile neuronale la nivel cortical printr-o antrenare vizuală computerizată ce duce la creşterea contrastului şi a vederii. Este utilizat în tratamentul ambliopiei strabice şi ametropice.

Neurovision este o metodă nouă, non-invazivă de îmbunătăţire a vederii, prin care creierul este antrenat să clarifice imaginea primită, în mod automat, asemănător unui software care îmbunătăţeşte o imagine digitală cu rezoluţie redusă. Claritatea vederii depinde atât de modul în care ochii preiau imaginea dar şi de modul în care creierul interpretează informaţia primită.

Principala indicaţie pentru Neurovision este tratamentul ambliopiei. Există situaţia în care ambliopia este diagnosticată târziu (la copilul mare sau chiar adult) în absenţa unor semne sau simptome care să determine părinţii să aducă mai devreme copilul la medic. Pentru toţi aceşti pacienţi cu ambliopie şi vârsta de peste 9 ani, chiar adulţi, cazuri considerate până acum netratabile, terapia Neurovision vine ca o noutate absolută şi poate fi soluţia la care mulţi dintre ei nu mai sperau.

Alte indicaţii sunt: îmbunătăţirea vederii după operaţia de cataractă (un rol important în aceste cazuri fiind atribuit de fapt şi creşterii sensibilităţii la contrast), după operaţia cu laser pentru reducerea dioptriilor, îmbunătăţirea vederii pacienţilor cu nistagmus şi chiar pentru o vedere mai bună fără ochelari la pacienţii cu dioptrii mici.

Dispozitiv-ul portabil iPod, cu monitor, foloseşte un joc video adaptat pentru a oferi stimulare corespunzătoare la nivel ocular, şi reprezintă o soluţie ideală pentru tratamentul clinic al ambliopiei. Sunt suficiente maximum 2 ore pe zi de joc pe iPod, timp de 3 săptămâni, pentru a îmbunătăţi acuitatea vizuală şi a restabili funcţia binoculară, inclusiv stereopsisul la adulţi. Acest dispozitiv portabil furnizează un suport eficient şi convenabil pentru a pune în aplicare tratamentul binocular al ambliopiei în clinică sau acasă.

Pentru reducerea cheltuielilor de spitalizare, au apărut şi metode de dezambliopizare care pot fi utilizate acasă la pacient, metodă prin care pacientul trebuie să identifice stimulul specific dintr-o suită de caractere utilizând un program pe calculator. Într-o epocă în care copilul stă mai mult pe calculator decât se joacă în aer liber, s-au realizat o multitudine de jocuri video pe calculator, care induc stimularea plasticităţii neuronale cu creşterea acuităţii vizuale a ochiului ambliop, cu o complianţă crescută faţă de tratamentele clasice. Sunt utilizate la copil şi la adult.

Tratamentul chirurgical

Dacă în trecut se vorbea doar de chirurgia strabismului, a cataractei sau a ptozei palpebrale, în prezent rezultatele chirurgiei refractive la copil pentru prevenirea ambliopiei sunt tot mai bune.

Tratamentul chirurgical al strabismului urmăreşte reechilibrarea muşchilor extrinseci ai globilor oculari în scopul de a le poziţiona axele vizuale principale. Tratamentul chirurgical este obligatoriu când deviaţia strabică depăşeşte 25 DP. În exodeviaţii, tratamentul chirurgical este obligatoriu în toate cazurile, nici unul din celelalte tipuri de tratament nefiind capabile să reinstaleze ortoforia.

Chirurgia cataractei trebuie efectuată precoce, mai ales când există o cataractă unilaterală.

Chirurgia ptozei palpebrale. Ptozele congenitale mari cu risc de ambliopie necesită intervenţie chirurgicală chiar în primele luni de viaţă. În celelalte cazuri, vârsta optimă este în jur de 3 ani.

Cum a reușit o pacientă să țină sub control Tiroidita autoimună Hashimoto și să reducă în dimensiuni nodulii mamari cu ajutorul medicinei integrate Sciencemed și uleiului de cânepă ozonat cu CBD 5%!

Vă prezentam cazul unei pacient din clinica Sciencemed București .

In clinica noastra se prezinta o pacienta cu varsta de 40 ani prezentand urmatoarele afectiuni și simptome: noduli mamari, imunitate scazuta, crampe abdominale, constipatie, prurit generalizat, Tiroidita autoimuna Hashimoto, candidoza vaginala.

Pacienta se considera a fi o persoana linistita, comunicativa și ii place sa duca la bun sfarsit tot ce isi propune. Isi doreste inca un copil dar pana în momentul de fata nu s-a intamplat, desi a urmat nenumarate tratamente. în ultimii 3 ani pacienta a avut 4 – 5 episoade de gripa/ raceala ce o puneau pur și simplu la pat nu mai era buna de nimic, au fost dati în care a fost nevoita sa intre în concediu medical datorita starilor de rau (febra, frison, tuse insotite de stare de slabiciune și alterarea starii generale). în urma cu 5 ani a fost diagnosticata în urma unor analize mai amanuntie cu tiroidita autoimuna Hashimoto și cu noduli mamari. Inca din copilarie pacienta acuza episoade dese de constipatie insotite de crampe abdominale severe. Candidoza vaginala și mancarimea de piele au aparut în urma unui tratament cu antibiotice iar de atunci nu a reusit sa mai scape cu niciun tratament. Mancarimea de piele apare în special seara atunci cand se pune în pat iar somnul ii este perturbat.

In clinica noastra pacienta efectueaza o consultatie de medicina integrata ce are ca scop depistarea dezechilibrelor energetice și celulare ce au condus la aparitia problemelor în plan fizic. Inainte de a se instala o boala în plan fizic, apar dezechilibrele energetice și celulare chiar cu ani inainte ca organismul sa ne trimita semnale de alarma.

Aparatul de biorezonanta ne-a indicat dezechilibre energetice maxime și semnificative la nivelul urmatoarele aparate și sisteme: aparatul endocrin,genital, digestiv, sistemul imunitar și sistemul neurovegetativ,, respirator, piele și dezechilibre usoare spre moderate pe aparatul renal, olfactiv și circulator.

Aparatul de electrosomatografie interstitiala a depistat dezechilibre celulare maxime și semnificative pe glanda tiroida, stomac, colon, plamani, genital, sistemul limfatic , amigdalele cerebrale, creier și dezechilibre usoare pe pancreas, ficat.

In cadrul consultatiei pacientei i se instituie un tratament personalizat și adaptat nevoilor sale . Tratamentul consta în remediu homeopat ce a fost testat și este adaptat personalitatii sale, tablete impregnate informational ce au ca scop restabilirea nivelului energetic la nivelul intregului organism, remediu floral. I s-a recomandat și uleiul de canepa ozonat cu CBD 5% (hempmedpharma) luat intern 1-2 picaturi de 3-4 ori pe zi, sublingual dar și local la nivelul tiroidei și nodulilor mamari, de 2-3 ori pe zi, cate o picatura masand usor pana intra în piele, el are actiune anti-inflamatoare, anti-tumorala, imunomodulatoare, bactericida, regenerativa, anti-fungica și totodata actioneaza în starile gripale. Pacienta primeste sfaturi legate de un stil de viata sanatos și eliminarea alimentelor nocive.

Dupa 4 luni de tratament și sedinte de echilibrare energetica pacienta prezinta o stare de bine, mancarimea s-a remis iar tranzitul s-a imbunatatit. Nodulii mamari au scazut în dimensiuni iar valorile analizelor medicale pentru Tiroidita autoimuna au aratat o scadere semnificativa a ATPO-ului și normalizarea valorilor hormonilor tiroidieni FT3 și FT4.

Pacienta simte o imbunatatire și în sistemul imunitar, în tot acest interval nu a mai prezentat niciun simptom de gripa sau raceala iar scurgerile vaginale și mancarimile provocate de candida s-au remis cu tratamentul oferit în cadrul clinici noastre. Nivelul de energetic a crescut în procent de 50 %, pacienta simte ca nu mai are senzatie de sfarseala la sfarsit de zi iar somnul este mai odihnitor.

Pentru a depista cauza ce a declansat aparitia problemelor în plan fizic, trebuie sa depistam în primul rand dezechilibrele energetice și celulare ce au condus la instalarea lor .

Fiecare pacient este unic iar personalizarea tratamentului joaca un rol important în vindecarea organismului și eliminarea factorilor de risc la care suntem expusi zi de zi (poluarea, stres, alimentatie neadecvata etc).

www.hempmedpharma.com
www.sciencemed.ro
Clinici Sciencemed în Romania:
București: 0723175208
Buzău: 0735779330
Cluj Napoca: 0740204633

SCIENCEMED
ȘTIINȚA ÎN ARMONIE CU NATURA

„Suntem singura specialitate medicală din România care a introdus examenul de diplomă europeană”

Interviu realizat cu Prof. Dr. Șerban Bubenek, (partea 2-a) Președinte Societatea Română de Anestezie și Terapie Intensivă – SRATI, Președinte Congres SRATI 2019

Anestezistul român poate fi pus lângă oricare anestezist din Europa?

Rămânem singura specialitate din România care, de 10 ani, a introdus ca examen scris obligatoriu pentru a deveni medic ATI, examenul de diplomă europeană partea I. Acest examen este susținut de anestezistii români împreună cu toți ceilalți colegi europeni în aceeași zi, cu aceleași caiete de teză și punctaje, ceea ce reprezintă o garanție a formării solide la nivel teoretic a colegilor care reușesc să treacă acest examen și să devină potențiali anestezişti specialişti. Apoi, urmează încă 3 examene care se dau de data aceasta în concordanță cu normele naționale. În acest moment, Societatea Română de ATI militează în continuare pentru ca aceste examene practice și clinice să fie și ele la un nivel superior și intenția noastră este ca, într-un viitor poate destul de apropiat (mai puțin de 5 ani), să adoptăm ca examen practic, examenul de diplomă europeană partea a-II-a și un examen de simulare ca și parte practică așa cum se întâmplă în foarte multe țări europene. Pentru început, încercăm să determinăm cât mai mulți colegi să se înscrie benevol la examenul de diplomă europeană partea a-II-a care se ține începând cu anul 2018 și în București, oraș ce a devenit un Centru Internațional. Anul trecut am avut 60 de candidați, mulți din țările

din Orientul Mijlociu dar și din Europa, precum Polonia, Ungaria și bineînțeles, România. În paralel, am făcut pași mari pentru introducerea învățământului prin simulare în ATI, deoarece abia după ce vom avea o experiență de câțiva ani în simulare vom putea să propunem și un examen în acest sens. Vă anunț cu bucurie crearea a cinci centre de simulare în ATI la București, Iași, Cluj, Timișoara și Târgu Mureș printr-o finanțare de peste 5 milioane de euro primită de la Guvernul Elvețian și o mică contribuție a MS din România.

Anul trecut ați preluat ștafeta de Președinte al Societății Române de Anestezie și Terapie Intensivă (SRATI). Ce proiecte ați reușit să finalizați și care sunt planurile de anul de viitor?

Sunt câteva realizări pe care cu siguranță, chiar dacă le-am făcut din poziția de Președinte SRATI, nu le-am făcut singur, ci împreună cu ceilalți colegi din senat, cu fostul Președinte, Prof. Dr. Dorel Săndesc. Am să enumăr câteva dintre ele: sunt foarte mândru de faptul că Ministerul Sănătății, ca urmare a draftului pus la dispoziție de către SRATI, a publicat Ordinul Ministrului nr. 398/2019 cu privire la siguranța pacientului în ATI. Trebuie să salut aici efortul făcut atât de colegii din Ministerul Sănătății și mai ales salut deschiderea Ministrului Sănătății, care și-au asumat

acest proiect și pe care l-au dus la capăt prin legiferarea unor măsuri recomandate ferm de către Organizația Mondială a Sănătății și de către UENS. Astfel, România a devenit una dintre primele 10 țări ale UE care a transpus în legislație declarația de la Helsinki din 2010 în ceea ce privește securitatea pacientului în anestezie. Este probabil cea mai notabilă realizare a SRATI și a mea ca Președinte în acest an, cu atât mai mult cu cât anunțul adoptării acestui Ordin de Ministru (in primăvara lui 2019 n.r.) și explicitarea lui a fost făcută cu ocazia unei întâlniri sub egida Președenției României la consiliul UE care a avut loc la Palatul Parlamentului. Ministrul Sănătății și-a asumat faptul și a îndemnat toți colegii din țările europene care nu au adoptat această declarație de la Helsinki într-o forma legiferată, să o facă, deoarece este un proiect extrem de important la nivelul UE.

Un alt proiect pe care l-am scris în anul 2015, pe care l-am susținut în fața Ministrului Sănătății și al Guvernului Elvețian, s-a concretizat prin dotarea completă a cinci laboratoare de simulare în ATI, după instruirea formatorilor în simulare ATI.

Nu în ultimul rând, aș dori să spun că, este o realizare faptul că Ministerul Sănătății și Ministerul Societății Informaționale și-au însușit proiectul de informatizare conceput inițial de către SRATI și că acest proiect este pe cale să se finalizeze prin depunerea pentru finanțare.

În viitor, ceea ce ne propunem este, în primul rând, dezvoltarea învățământului medical în ATI. Vom fi ajutați de faptul că vom putea să facem și simulare în ATI, metodă modernă de învățare și însușire rapidă și fără riscuri asociate a unor tehnici și manevre de ATI, în paralel cu îmbunătățirea învățământului la nivel de rezidenți de terapie intensivă, prin finalizarea proiectelor inițiate.

CONFERINȚA NAȚIONALĂ ALZHEIMER 2020

cu participare internațională

Ediția a 10-a, Actualități în domeniul demențelor

Manifestare însoțită
de o expoziție medicală specializată

19 - 22 februarie 2020

World Trade Center • București, România