251

săptămâna MEDICALĂ

Anul XV • Nr. 251 • august 2020

4.75 lei

# Lumini și umbre în managementul COVID 19

# Interviu cu doamna prof. dr. Cătălina Tudose

# Dermatita atopică

# Cum să înfrunți ambrozia

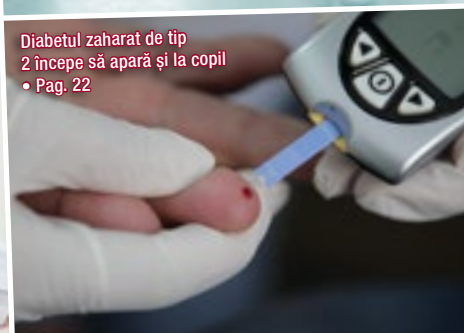
Insuficiența de convergență 6

Insuficiența venoasă 12

Gemoterapia în infecțiile urinare 16

Diabetul zaharat de tip 2 începe la copil 18

Corpii străini auriculari la copil • Pag. 18



Diabetul zaharat de tip 2 începe să apară și la copil • Pag. 22

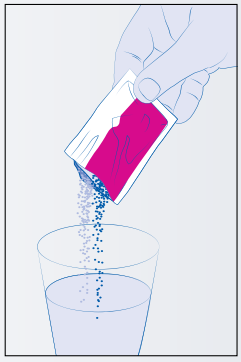
# Lactoflorene CIST

- COMBINAȚIE SINERGICĂ DE FERMENȚI LACTICI VII CU MERIȘOR CANADIAN ȘI D-MANOZĂ
- CONTRIBUIE LA REDUCEREA MANIFESTĂRILOR NEPLĂCUTE LA NIVELUL CĂILOR URINARE INFERIOARE [3,4,6]
- REDUCEREA EPISOADELOR RECURENTE DE DISCONFORT URINAR [1,2,7]
- FĂRĂ GLUTEN ȘI FĂRĂ LACTOZĂ

## LACTOFLORENE CIST

### MOD DE UTILIZARE

- **1-3 plicuri/zi timp de o săptămână, la apariția senzației de disconfort, de preferat seara înainte de culcare sau dimineața pe stomacul gol și cu vezica goală.**
- **1 plic/zi timp de o săptămână pe lună, pentru 3 luni consecutive, în cazul episoadelor repetate de disconfort urinar.**
- **Vârsta de administrare: Adulți**
- **Fără GLUTEN și fără LACTOZĂ**



Acesta este un suplimentar alimentar. Citiți cu atenție prospectul.

**Bibliografie.** 1. EAU Guidelines on Urological Infections 2018; 2. PREVENTION OF RECURRENT URINARY TRACT INFECTIONS: EFFICACY OF A FORMULATION CONTAINING THE SELECTED LACTOBACILLUS PARACASEI LC11, CRANBERRY AND D-MANNOSE. Filippo Murina[1], Patrizia Malfa[2], Letizia Fracchia[3], Ariella Annoni[4], Franco Vicariotto. 2019; 3. Pulipati et al, An overview on urinary tract infections and effective natural remedies Journal of Medicinal Plants Studies 2017; 5(6): 50-56; 4. Probiotics for preventing urinary tract infections in adults and children. Cochrane Systematic Review - Intervention Version published: 23 December 2015; 5. Zhang L. et al., Molecular epidemiology of Escherichia coli mediated urinary tract infections, Front Biosci. 2003 Jan 1;8:e235-44. Review; 6. Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects. 2nd edition. 2011. Chapter 4. Bilberry (Vaccinium myrtillus L.) Wing-kwan Chu, Sabrina C. M. Cheung, Roxanna A. W. Lau, and Iris F. F. Benzie; 7. World; J Urol. 2014 Feb;32(1):79-84. D-mannose powder for prophylaxis of recurrent urinary tract infections in women: a randomized clinical trial

MONTEFARMACO

MONTEFARMACO OTC s.p.A., BOLLATE - Sucursala București
Str. Traian Popovici, nr. 79-91, Bl. "Le Fontane'', sector 3, București. Tel.+4031 426 03 62

# Lactoflorene® CIST

## DISCONFORT
LA NIVELUL CĂILOR URINARE

# „O temă «fierbinte» în diabetologia din ultimii ani”

Începând cu doi ani în urmă (octombrie 2018) s-a făcut primul consens între Asociația Americană de Diabet (ADA) și Asociația Europeană de Diabet (EASD) prin care s-a schimbat paradigma terapiei anti-hiperglicemice în diabetul zaharat de tip II, în sensul că s-a trecut la așa numita abordare centrată pe pacient. Acest lucru este foarte important, pentru că au fost finalizate 2 clase noi de anti-diabetice cu un efect surprinzător de favorabil asupra riscului cardiovascular la pacienții cu diabet zaharat de tip II.

Astfel a început foarte mult să se pună problema unei abordări diferite la pacientul care are boală cardiovasculară aterioscleroticăși la pacientul care are insuficiență cardiacă și să se introducă de la început una dintre aceste două medicații. Pentru noi, ca diabetologi, aceasta înseamnă o schimbare foarte importantă, se deplasează atenția și focusul de la abordarea, cum era ea numită - oarecum impropriu, glucocentrică, în care ne interesa cel mai mult glicemia și hemoglobina glicată, către această abordare centrată pe pacient. De asemenea aceste două clase de medicamente nou apărute se dovedesc a avea un efect din ce în ce mai important asupra bolii cronice de rinichi, cu reducerea foarte semnificativă a riscului renal de progresie și de mortalitate în boala cronică de rinichi. Al treilea punct foarte important este că aceste clasede medicamente vor avea indicație și la pacienții cu diabet și la cei cu pre-diabet și chiar la pacienți fără diabet zaharat.

Cele două clase de medicamente noi în tratamentul diabetului sunt disponibile și accesibile și pacienților din țara noastră, dar din păcate sunt sub-utilizate. Ele sunt în program, sunt gratuite. Sunt protocoale de tratament, pentru că nu pot fi administrate oricum sau oricui. Problema este ca mulți colegi nu au experiență cu ele și de multe ori ca medic preferi să dai tratamentele pe care le-ai mai dat și le cunoști bine.

***Prof. Univ. Dr. Cristian Serafinceanu***

**Abonament la revista Săptămâna Medicală**

săptămâna MEDICALĂ

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

săptămâna MEDICALĂ

## Cuprins

Oboseală, cefalee, dificultăți la citit? Insuficiența de convergență ..... 6

Vezi azi, trăiești acum. Despre un tratament oftalmologic făcut la timp ..... 7

Cum să înfrunți ambrozia – pericolul din fiecare vară ..... 8

Noutăţi în dermatita atopică ..... 10

Insuficiența venoasă, chirurgie sau tratament... 12

„La Spitalul Universitar de Urgență București am format un Compartiment ORL practic de la zero, în urmă cu 17 ani” ..... 14

Gemoterapia în infecțiile urinare de vară ..... 16

Corpii străini auriculari la copil ..... 18

Întârzie reformele din asistența medicală de psihiatrie ..... 20

Diabetul zaharat de tip 2 începe să apară și la copil ..... 22

Terapia cu insulină... evoluția spre pancreasul artificial ..... 24

Evoluția chirurgiei endoscopice în ORL este spectaculoasă ..... 26

Lumini și umbre în managementul COVID 19 ..... 28

Tinerii de azi îmbatrânesc mai repede decât părinții lor ..... 31

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

FIN WATCH

Theresienöl MED

VEDRA INTERNATIONAL
a ales pentru Dumneavoastră...

## PRIMUL AJUTOR PENTRU LEZIUNI ȘI ARSURI

## THERESIENÖL MED - SER REPARATOR CU EXTRACTE DIN PLANTE CU PROPRIETĂȚI SPECIFICE:

- Ajută la reducerea durerii și a riscului de infecție
- Calmează senzația de mâncărime de diferite tipuri
- Stimulează vindecarea rănilor
- Accelerează regenerarea pielii
- Hidratează țesuturile pe care se aplică
- Stimulează refacerea leziunilor ce evoluează lent spre vindecare
- Accelerează procesul de resorbție a hematoamelor

## INDICAȚII

✓ Arsuri
✓ Leziuni traumatice ale pielii
✓ Contuzii
✓ Post intervenții chirurgicale
✓ Hematoame

## MOD DE UTILIZARE:

Se recomandă tratarea zonei afectate de 2 ori pe zi.
Produsul se poate aplica direct pe răni sau pe un pansament.

www.theresienoil.ro

# Oboseală, cefalee, dificultăți la citit? Insuficiența de convergență

Insuficiența de convergență este dificultatea de a menține vederea binoculară la efortul vizual de aproape. Convergența celor doi ochi are loc atunci când este necesar să vedem clar un obiect de aproape, cum ar fi o carte, computerul, ecranul tabletei sau al telefonului. Insuficiența de convergență se manifestă prin probleme de focusare la aproape, afectând atenția și performanța școlară la copii, precum și performanța profesională a adulților care lucrează la birou.

**Dr. Irina Velcea**
Medic primar oftalmolog
Clinica Oftapro

Insuficiența de convergență este de obicei diagnosticată la copiii de vârstă școlară și adolescenți. Poate determina dificultăți la citit și, de multe ori, părinții sau profesorii pot suspecta la copil o tulburare de învățare, cum ar fi dyslexia (dificultate la citit). Simptomele cel mai frecvent întâlnite sunt senzația de corp străin sau ochi obosiți, cefalee, dificultăți la citit (cuvintele par să se miște pe pagină sau devin neclare, ce pot duce la evitarea cititului și ocolirea temelor școlare), vedere dublă sau tendința de a închide un ochi la efortul vizual de aproape.

Insuficiența de convergență rămâne nedetectată de obicei la examenele de rutină realizate de medicul de medicină școlară sau pediatru, cu ocazia măsurării acuității vizuale. Persoanele cu insuficiență de convergență pot avea acuitate vizuală normală, de aceea este importantă vizita la medicul oftalmolog și menționarea problemelor legate de citit. Copiii, adolescenții sau adulții care nu sunt diagnosticați și tratați au tendința de a evita cititul și lucrul de aproape sau de a încerca diverse strategii pentru a combate simptomele, cum ar fi urmărirea cu degetul pe carte în timpul cititului sau pauzele frecvente.

Pentru diagnosticarea acestei problem de vedere este necesară testarea vederii binoculare, aprecierea punctului proxim de convergență sau a amplitudinii de fuziune în convergență, măsurarea viciilor de refracție, teste realizate de medicul oftalmolog. Dacă aceste teste detectează o convergență deficitară dar nu există simptome, tratamentul nu este necesar ci este recomandată urmărirea periodică pentru a verifica dacă aceste simptome apar în timp.

Tratamentul persoanelor simptomatice include diverse exerciții de convergență, realizate acasă sau în cabinet, purtarea corecției optice sau intervenție chirurgicală.

- Exercițiile de convergență pot fi realizate acasă, apropiind un creion de baza nasului până în punctul în care acesta este văzut dublu, timp de 10-15 minute pe zi, mai multe zile pe săptămână. Există de asemenea, exerciții ce se pot desfășura la computer pentru a crește capacitatea de convergență a ochilor.
- Prismele încorporate în ochelari pot ameliora simptomele, realizând o aliniere artificială a ochilor pentru a ușura cititul dar nu reprezintă o cură și pacientul rămâne de multe ori dependent de purtarea acestora.
- Tratamentul chirurgical este o opțiune când metodele conservatoare nu s-au dovedit eficiente sau insuficiența de convergență a fost asociată cu strabism divergent, tehnica chirurgicală aleasă variind în funcție de particularitățile fiecărui caz.

Insuficiența de convergență poate fi o cauză ascunsă a acuzelor copilului dumneavoastră și un examen oftalmologic atent o poate pune în evidență, de aceea atunci când există dificultăți legate de citit sau învățat este important să cerem opinia medicului oftalmolog.

OFTAPRO
CLINICĂ OFTALMOLOGICĂ
OPHTHALMOLOGY CLINIC
Bd. Mărășești 15, sector 4, București
021 252 52 01 / 021 252 52 17 / 031 8057824
Mobil: 0730 593 534 (Vodafone) 0764 740 081
Pentru operații de strabism
0754 779 765 (Orange)
0735 162 286 (Vodafone)

# Vezi azi, trăiești acum.
## Despre un tratament oftalmologic făcut la timp

Conf. Dr.
Mircea Filip
Medic Primar Oftalmolog,
Doctor în Științe
Medicale, F.E.B.O

Am trecut printr-o perioadă dificilă, încă trecem, nu știm ce va fi, avem doar speranța că vom trece cu bine și datoria să procedam în așa fel încât să fie bine pentru toți. În oftalmologie sunt doar câteva afecțiuni care au nevoie urgentă de tratament, însă toate celelalte probleme de vedere au un impact semnificativ asupra vieții și desfășurării normale a activităților. Nerezolvarea lor la timp implică disconfort și, uneori, chiar incapacitatea de a putea avea o viață normală.

În momentul în care s-a decis instituirea stării de urgență, am fost abordați de către pacienți ai clinicii, dar și de către oameni care auziseră de clinica Ama Optimex, cu rugămintea de a le oferi soluții. Unii dintre ei aveau probleme cu rezolvare chirurgicală, situație în care singura soluție era așteptarea ridicării stării de urgență și redeschiderea clinicii. Alții erau disperați pentru că aveau dioptrii mari și că și-au stricat ochelarii sau li se termină lentilele de contact.

Pandemia ne-a arătat cât de periculos este să se amâne rezolvarea unei probleme sau să fii dependent de cineva sau ceva. Înainte de pandemie, anumiți pacienți se mai gândeau, mai amânau de frică, chiar dacă vederea era slabă sau aveau nevoie urgent de operație. Vorbim despre cazuri în care operațiile erau complicate, iar rezolvarea ar fi oferit o îmbunătățire a confortului vizual. În altă ordine de idei, când o boală este avansată, operația devine mai dificilă, cu riscuri mai mari, cu complicații mai frecvente, cu recuperare mai greoaie.

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

Consider că această situație în care ne aflăm toți ne-a învățat sau trebuie să ne învețe multe lucruri bune. Odată cu redeschiderea clinicii Ama Optimex numărul de pacienți pe care a trebuit să îl primim a fost imens, cu toate acestea COVID ne impune reguli foarte stricte. Având avantajul unei echipe foarte bine pregătite, formată din peste 70 de oameni, dar și experiența de 29 de ani de când am pus bazele clinicii, ne-a ajutat să ne reorganizăm foarte bine. Pentru a ne putea ajuta pacienții să își rezolve problemele la timp, neam împărțit pe echipe și în ture. De asemenea, am introdus un sistem de evaluare oftalmologică online. Echipa de 13 medici oftalmologi, fiecare cu diverse supraspecializări, se ocupă de diferite segmente ale oftalmologiei. Asta înseamnă că vă puteți programa la oricare dintre ei pentru consultație și investigații, apoi în funcție de tipul afecțiunii de care suferiți, vă veți putea alege medicul care vă va trata, în funcție de supraspecializarea acestuia. Rezultatul este că vă putem ajuta să vă rezolvați problemele la timp, reducând semnificativ timpul de așteptare, fie că este vorba de o prescripție de ochelari, operație de cataractă, operații laser pentru reducerea dioptriilor, glaucom, afecțiuni retiniene, etc.

Ne adaptăm în fiecare zi, încercăm să găsim soluții, să fim aproape de oameni pentru a-și rezolva problemele oftalmologice. Îmi amintesc de momentele din starea de urgență când primeam un telefon, mail sau mesaj pe Facebook de la persoane cunoscute, pacienți sau alți oameni cu probleme de vedere. Uneori, mă simțeam neputincios că nu pot să ajut de la distanță. A fost o perioadă dificilă, pe care am depășit-o și din care am învățat multe lucruri. Primul și cel mai important este să nu mai așteptăm, să trăim acum, să ne rezolvăm astăzi problemele.

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

# Cum să înfrunți ambrozia – pericolul din fiecare vară

Ambrozia este cea mai alergenică plantă din România. Polenul acestei plante, purtat de vânt, provoacă polinoze (rinită alergică, conjunctivită alergică, astm, leziuni urticariene de contact) fiind unul dintre factorii agravanți ai astmului bronșic.

Răspândită în aproape toate zonele țării, planta înflorește în lunile august-septembrie. Din cauza încălzirii globale este însă posibil să te confrunți cu o alergie la ambrozie chiar de la mijlocul lunii iulie.

**Simptomele pot fi confundate cu o răceală**

Alergia la ambrozie seamănă cu o răceală banală. Iată care sunt simptomele:

- rinoree apoasă (nas înfundat, nas care curge)
- tuse uscată
- strănuturi repetate
- lăcrimarea ochilor
- senzații de mâncarime la nivel ocular, nazal și faringian
- nervozitate
- stări de anxietate
- insomnii
- dureri de cap

**Atenție! Netratat acest tip de alergie poate declanșa chiar și crize de astm broșnic. Prezintă-te la medic dacă simptomatologia se agravează.**

Cum simptomatologia este asemănătoare cu cea a unei banale răceli, trebuie să ții cont că alergia nu dă, în general, febră. În plus, față de o răceală normală, alergia are o simptomatologie foarte agresivă, iar simptomele sunt mult mai neplăcute decât în cazul unei răceli.

## Complicațiile rinitei alergice

În majoritatea cazurilor, rinitele alergice evoluează cu simptomele supărătoare enumerate mai sus, rămânând doar la acest stadiu. În stadii mai avansate poate să apară și sinuzita, care provoacă durere și disconfort. Inflamația și infecția pot favoriza apariția **sângerărilor nazale**, din cauza fragilizarii învelișului intern al nasului. Copiii mici pot avea risc de apariție a otitelor drept complicație a sinuzitelor, acuzând durere de ureche și scăderea auzului.

## Recomandare (și pentru copii)

Pentru rinită alergică (și la copii), 3F Plantamed recomandă **Narivent** de la DMG Italia specializat în dispozitive medicale ce tratează afecțiunile nazale.

**Narivent** reduce edemul, congestia nazală și alte simptome semnificative ale rinitei alergice.

În urmă studiilor făcute pe un eșantion de pacienți cu vârstă pediatrică (vârstă medie 9,6 ani) cu diagnostic de rinită alergică intermitentă sau persistentă, tratați cu **Narivent** timp de 4 săptămâni, în urmă evaluării subiective a simptomelor, înainte și după 30 de zile de tratament, s-a dovedit că **Narivent** are rezultate comparabile cu corticosteroidul nazal.

Datorita efectului antiinflamator puternic **Narivent** se recomandă și pentru hiposmia (pierderea mirosului) cauzată și de Covid-19!

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

**În contextul actual de pandemie, poate mai mult decât în alte rânduri, trebuie să protejăm sănătatea și să ținem imunitatea la cote ridicate**

### Cazul 1

Am fost foarte încântați când am fost contactați, după mai mult timp de tratament, de rudele unei paciente din județul Ilfov, în vârstă de 79 de ani acum, care în 2009 a avut un cancer de sân cu o formă agresivă, iar medicii au fost rezervați cu privire la vindecare. Pacienta a administrat câte 3 pliculețe/zi de Bio Active MC Oyama Agaricus, a urmat și indicațiile medicale și, nu numai că a supraviețuit în toți acești ani, dar se simte bine și consuma ocazional produsul, într-un moment ca acesta, de exemplu.

### Cazul 2

Am primit vești bune și de la aparținătorii unui pacient din județul Prahova, în vârstă de 59 de ani, care a suportat foarte greu chimioterapia, manifestând stări de vomă, lipsa poftei de mâncare și furnicături în picioare. Dumnealui a consumat progresiv de la 1 la 2 pliculețe/zi de Bio ACtive MC Oyama Agaricus și, începând cu a patra zi, a reușit să se alimenteze fără să vomite imediat, a simțit chiar senzație de foame și a avut un tonus mai bun. Urmează să ne țină la curent cu rezultatul investigațiilor.

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

Paradisul Verde®


***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*

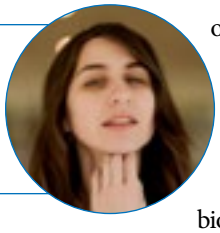

## De ce Bio Active MC?

- 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!

# Noutăți în dermatita atopică

Dermatita atopică este cea mai frecventă patologie cutanată inflamatorie, cronică, pruriginoasă, cu debut, de obicei, în copilărie, și asociată cu alte atopii (astm bronșic alergic, rinoconjunctivită alergică, alergii alimentare).

**Raluca Miulescu,**
medic dermatolog
Secția de Dermatologie
a Spitalului Universitar
de Urgență Elias



Prevalenţa dermatitei atopice este de 10-30% la copii şi 2-10% în rândul adulţilor, ceea ce reprezintă o creştere de 2-3 ori în ultimii ani. Stilul de viaţă şi factorii de mediu au un rol cheie în declanşarea bolii. Astfel, în ţările dezvoltate numărul de cazuri este mult mai mare, comparativ cu tările subdezvoltate. Totodată, conform unor studii recente, dermatita atopică în rândul adolescenţilor se manifestă cu frecvenţă mai mare la fete decât la băieţi.

Dermatita atopică este o boală multifactorială ce poate fi explicată prin mai multe mecanisme principale. Disfuncţia barierei epidermice, alterarea microbiomului cutanat şi a stratului lipidic al pielii, disfuncţie imunologică.

Microbiomul pare a avea o implicare extrem de importantă în declanşarea dermatitei atopice. Microbiomul, atât cutanat, cât şi intestinal, pot influenţa evoluţia bolii. Timp de zeci de ani a fost recomandat tratamentul antiseptic, însă acum, începem să înţelegem că tratamentul ţintit al disbiozei poate reprezenta o alternativă terapeutică în viitorul apropiat. În ceea ce priveşte microbiomul intestinal, s-a concluzionat că există o corelaţie între nivelurile de disbioză şi dermatita atopică.

Din punct de vedere clinic, dermatita atopică prezintă mai multe variante în funcţie de vârsta pacientului: infantilă, a copilului, a adolescentului, a adultului. Leziunile acute predomină în perioada nou-născut-copil şi se manifestă sub forma unor papule şi plăci eritemato-edematoase, cu vezicule şi cruste în suprafaţă. În faza subacută a bolii, întâlnim papule şi plăci eritematoase, uneori scuame şi cruste, în timp ce leziunile cornice, tipice adolescentului şi adultului tânăr, se prezintă sub forma unor plăci groase, lichenificate, deseori acoperite de scuame. Dermatita atopică are localizări specific, în funcţie de vârstă: faţă, gât şi faţa extensoare a membrelor la nou-născuţi şi copii; la nivelul flexurilor, la orice vârstă; regiunea inghinală şi axilele. Frecvent, această patologie poate fi însoţită de: alte manifestări ale atopiei (rinită, astm alergic), xeroză cutanată, eczemă periorală, alergii alimentare, alopecie areată, urticarie.

**Printre complicaţii, se numără:**

- afectarea calităţii vieţii,
- întârzierea creşterii,
- infecţii bacteriene, virale.

**Managementul dermatitei atopice** vizează atât tratamentul episoadelor acute, cât şi obţinerea şi menţinerea remisiunii. Educarea pacienţilor şi părinţilor copiilor cu dermatită atopică are un rol important în terapia bolii.

**Ca şi reguli generale de igienă**, se ştie că baia hidratează pielea şi înlătură scuamele, crustele, iritanţi şi alergenii. Se preferă baie/duş zilnic, timp de 5-10 minute în apă caldă, folosind produse de curăţare special concepute pentru pacienţii cu dermatită atopică (fără parfum, fără săpun, cu ph neutru). Aplicarea unui emolient imediat după baie este necesară pentru hidratarea pielii. Dacă pacientul este într-un episod acut, şi este necesară aplicarea unui dermatocorticoid sau antiinflamator, acesta va fi aplicat înaintea emolientului. Utilizarea zilnică a produselor emoliente reduce xeroza, pruritul, eritemul, fisurile şi lichenificarea. Acestea conţin agenţi emolienţi care înmoaie pielea, agenţi ocluzivi care previn pierderea apei, şi umectanţi care atrag apa. Un emolient ideal ar trebui să nu conţină coloranţi, parfum, alergeni derivaţi din mâncare (protein din alune) şi alte ingredient cu potenţial sensibilizant.

Fără CORTIZON

Testele pentru nichel
FĂRĂ
Conservanți
Parfum
Gluten*

Adresă Magazin: Strada Viitorului, nr. 180, Sector 2, București.
Contact: 0744 649 289 • office@bionike.ro • office@medicalmagazin.ro
www.medicalmagazin.ro | www.bionike.ro

BioNike
HEALTH AND BEAUTY

# TRIDERM

## DE DRAGUL PIELII SENSIBILE

## TRIDERM LENIL Ag

Argint coloidal
Palmitat de furfuril
Vitamina PP
Bisabolol
Emulgatori
Apă deionizată
și filtrată q.s. la 100

## TRIDERM LENIL +

Palmitat de furfuril
Glicerofosfoinositol
Acid 18 β-liciretinic
Bisabottlol
Fitofingosina
Acetat de vitamina E
Emulgatori
Apă deionizată
și filtrată q.s. la 100

ÎMPIEDICĂ RĂSPÂNDIREA INFECȚIILOR
REDUCE SENZAȚIA DE ARSURĂ, ROȘEAȚĂ ȘI MÂNCĂRIME

CALMEAZĂ SIMPTOMELE DERMATITEI
PROTEJEAZĂ PIELEA DE DETERIORAREA CELULARĂ

## TRIDERM LEN'OIL

DIMINUEAZĂ MÂNCĂRIMILE ÎN CAZ DE DERMATITE ȘI ECZEME
COMBATE ROȘEAȚA ȘI USCĂCIUNEA

Extract Zanthoxylum bungeanum, Vitamina E (25%),
Ulei din semințe de floarea soarelui, Tetrahidropiperină, Alcool oleil,
Polidecenă hidrogenată, Tocoferol, Gliceril behenat/eicosadioat

# Insuficiența venoasă, chirurgie sau tratament

Farmacist
Andreea IORGU,
Product Manager

Chirurgia vasculară este specialitatea chirurgicală care se ocupă cu tratarea afecțiunilor legate de sistemul vascular, care pot fi de tip arterial, venos sau limfatic. Singurele vase care nu sunt abordate în această specialitate sunt cele ale creierului și ale inimii.

Chirurgia vasculară arterială se ocupă de afecțiunile arterelor ajunse în stadiul avansat, chirurgical.

Principala afecțiune chirurgicală arterială este ischemia. Această afecțiune reprezintă întreruperea circulației sangvine într-o arteră importantă, astfel are loc scăderea cantității de sânge care ajunge în teritoriul irigat de vasul respectiv.

Principalele intervenții vasculare arteriale sunt: revascularizarea prin bypass, trombarterectomia și dezobstrucția cu sonda Fogarty.

Chirurgia vasculară se ocupă și de tratamentul afecțiunilor venoase și limfatice periferice. Deși aparent afecțiuni mai puțin grave, afecțiunile venoase și limfatice generează complicații severe, care constituie o sursă majoră de disconfort și de alterare a calității vieții.

Chirurgia vasculară venoasă are obiectiv principal tratamentul bolii varicoase.

Intervențiile chirurgicale pentru varice sunt: operația clasică de varice, tratamentul endoluminal cu laser sau cu radiofrecvență și scleroterapia.

Obiectivele intervenției chirurgicale în boala varicoasă sunt: îndepărtarea surselor de alimentare a varicelor și eliminarea venelor dilatate sau inestetice.

Principala investigație preoperatorie pentru operația de varice este ecografia Doppler venoasă, care distinge între boala varicoasă și venectazii sau venele reticulare și orientează chirurgul spre o intervenție precisă, cu cicatrici minime și rezultate certe.

Examenul preoperator va indica și setul de analize sau investigații necesare pentru siguranța intervenției.

Pacientul vascular este unul fragil, în general vârstnic, cu multiplă patologie asociată, care necesită o abordare multiplă: cardiologică, neurologică, nefrologică, diabetologică etc.

**Varicele sau venele varicoase** sunt dilatații patologice și permanente, de culoare albăstruie, proeminente, palpabile și vizibile la suprafața pielii, localizate la nivelul membrelor inferioare. Insuficiența venoasă apare atunci când scade rezistența peretelui venos și valvele venoase încep să funcționeze neadecvat. Astfel, venele membrelor inferioare sunt prevăzute cu valve unidirecționale, care asigură circulația sângelui către inimă de jos în sus, însă, dacă aceste valve își pierd capacitatea de antireflux, venele se dilată și apar varicele.

Alte forme de vene varicoase sunt **telangiectaziile și venele reticulate**. Ele nu dau simptome, iar tratarea lor e de ordin cosmetic. Telangiectaziile sunt vene foarte mici, usor vizibile, care nu se pot palpa, localizate în special în straturile superficiale ale pielii. Venele reticulate sunt mai mari decat telangiectaziile, dar mai mici decât cele varicoase. De asemenea, sunt puțin simptomatice și de obicei nu necesită decât tratament cosmetic.

**Factori favorizanți**. Cei mai importanți factori de risc pentru boala varicoasă sunt: boala varicoasă ereditară, vârsta înaintată, statul îndelungat în picioare, ridicarea greutăților, sarcinile multiple, istoric de cheaguri în venele piciorului, obezitatea, sedentarismul, hipertensiunea arterială.

Varicele pot deveni foarte dureroase în cazurile în care un cheag de sânge se formează în interiorul lor, patologie numită "tromboflebită varicoasă". Toate aceste semne și simptome impun prezentarea la medicul specialist în vederea începerii unui tratament.

Pentru a putea preveni sau amâna o intervenție chirurgicală venoasă, este important să utilizăm din timp produse din

plante care ajută la ameliorarea disconfortului generat de varice, la prevenirea și formarea de noi vase varicoase dar și la diminuarea severității celor deja existente. Astfel specialiștii AYURMED vin în întâmpinarea nevoilor dumneavoastră cu produsul **VARICOSALM™**.

**VARICOSALM™ Elasticitate venoasă, circulație sănătoasă! 100% natural**

**VARICOSALM™** susține fluxul sanguin și funcționarea normală a venelor, capilarelor și vaselor limfatice, înlăturând senzația de oboseală, presiune și durere a picioarelor. Efectele sinergice ale fitonutrienților contribuie la optimizarea circulației sanguine care devine mai eficientă. Complexul de substanțe bioactive din produs, cu efect sinergic, susține formarea normală a țesutului conjunctiv la nivelul peretelui vascular, ajutând la restabilirea și menținerea elasticității, permeabilității și tonusului vascular. Ajută la refacerea funcțiilor circulatorii împiedicând apariția stazei venoase în zonele de dilatație vasculară și apariția unor complicații din cauza insuficienței circulatorii cronice. Antioxidanții din plante neutralizează eficient radicalii liberi contribuind la protecția celulelor împotriva stresul oxidativ și a îmbătrânirii vasculare premature. Produsul susține structura țesutului conjunctiv și a valvelor venoase, asigurând astfel funcționarea normală, pe termen lung, a sistemului vascular și limfatic la persoanele care stau mult timp în picioare, sunt sedentare, supraponderale sau sunt predispuse la afecțiuni venoase.

**VARICOSALM™ contribuie la:** Înlăturarea senzației de picioare umflate, obosite și grele; Fluidizarea sângelui și normalizarea fluxului sanguin; Reducerea varicelor; Reducerea riscului instalării insuficienței venoase; Susținerea sănătății sistemului venos.

**Hemoroizii** sunt tot afecțiuni venoase, situate la nivelul canalului anal și al rectului inferior, ce au drept principală cauză un stil de viață sedentar și o alimentație necorespunzătoare.

Există două tipuri de hemoroizi: **Hemoroizi interni** - sunt cei mai frecvenți, se dezvoltă în interiorul anusului, nu provoacă dureri mari, dar pot determina apariția sângerărilor; **Hemoroizi externi** – mai puțin frecvenți, vizibili și foarte dureroși, hemoroizii externi pot provoca sângerări și afectează cel mai mult calitatea vieții pacientului.

În portofoliul AYURMED regăsim produsul **HEMOROPLANT™**.

**HEMOROPLANT™- Reduce hemoroizii, previne recidiva! 100% natural.**

HEMOROPLANT™ - combinație complexă de plante ayurvedice care contribuie la menținerea integrității pereților vasculari și a circulației optime a sângelui la nivel anorectal. Ajută în procesul de refacere naturală a țesutului și venelor. Reduce disconfortul cauzat de deformarea venelor varicoase rectale interne și externe. Susține menținerea unei flore intestinale echilibrate și a unui tranzit intestinal normal. Reglează consistența scaunului și susține detoxifierea colonului.

HEMOROPLANT™ contribuie la: Reducerea simptomelor cauzate de hemoroizii interni sau externi (prolaps venos, mâncărime, arsură, sângerare etc.); Scăderea inflamației țesuturilor și venelor; Îmbunătățește microcirculația, fluxul sanguin periferic și tonusul venos.

Alege să trăiești o viață fără disconfort!

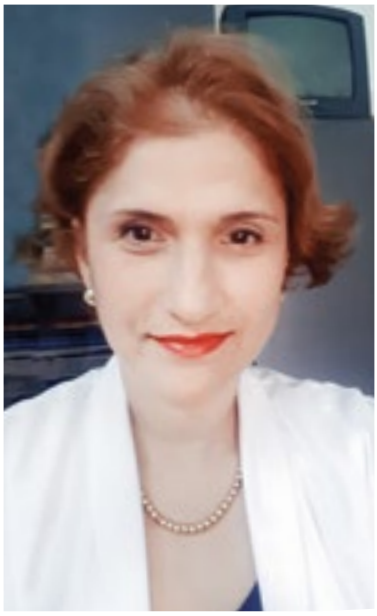
ayurmed

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

# „La Spitalul Universitar de Urgență București am format un Compartiment ORL practic de la zero, în urmă cu 17 ani”

Ne place să spunem că lucrăm în Spitalul Universitar într- un etaj „de cap”, pentru că aici își desfășoară activitatea 4 departamente care se ocupă de extremitatea cefalică: Neurochirurgie, ORL, Chirurgie oro-maxilo-facială și Oftalmologie. Fiecare departament vine cu un tip de competență, iar rezultatul este benefic pentru pacient. **(partea 2-a)**

**Interviu cu Dr. Daniela Vrînceanu, Medic primar O.R.L., Doctor în Științe Medicale, Medic coordonator Compartiment O.R.L., Spitalul Universitar de Urgență București, Atestat în Managementul serviciilor de sănătate, vrinceanudana@yahoo.com**



**Continuare din numărul anterior**

Avem de asemenea colaborarea serviciului de Anatomie Patologică. Trimitem piese în timpul intervenției, se numește examen histopatologic extemporaneu, prin care, de multe ori putem modifica puțin indicația terapeutică. De exemplu, dacă intrăm la o tumoră de glandă parotidă și descoperim că tumora nu este benignă, așa cum părea după examenul clinic și imagistic ci este una malignă, atunci trebuie să lărgim limitele de rezecție. Sau, dacă este o tumoră malignă foarte mare putem controla dacă ceea ce a rămas este țesut sănătos, ca să avem ceea ce numim noi în chirurgia oncologică ”margini negative”. După ablația tumorii, din țesutul din jur trimitem anatomopatologului și verificăm marginile și dacă rezultatul este pozitiv atunci lărgim zona excizată. Rezultatul definitiv histopatologic este obligatoriu, pentru că în funcție de acesta pacientul urmează tratamentul adjuvant de radioterapie și chimioterapie.

Eu lucrez în acest spital de 17 ani și îmi place să cred că am format niște echipe pentru că e foarte important să te cunoști cu oamenii cu care lucrezi. Poate că este mult spus, dar apare un ”un geniu colectiv” , când mai multe minți antrenate care lucrează împreună duc la un rezultat terapeutic mai bun. Când schimbi echipa gesturile nu ajung să se rodeze și pierdem timp pentru explicații. Cel mai bun ajutor este cel care nu te întreabă nimic și face singur ce trebuie, pentru că știe ce urmează, este intuitiv. În aceste intervenții pentru PTCF lucrăm de obicei 3 chirurgi ORL la care se adaugă chirurgii din alte specialități. La planningul terapeutic, dacă am operat o tumoră malignă, următoarea etapă este discutarea cazului într-un ”tumor board”, o comisie oncologică în care discutăm cu un radioterapeut sau/și un chimioterapeut, pentru că pacientul va avea nevoie de tratament adjuvant. Aproape toate tipurile de tumori cervicp-faciale pe care le operăm aici au nevoie de tratament oncologic adjuvant pentru că numai în stadii foarte incipiente este suficientă doar ablația chirurgicală a tumorii.

Dacă vorbim de tumori cervico-faciale vorbim și de tumori ale glandelor salivare. Am avut în urmă cu 2-3 luni o conferință organizată în Amfiteatrul Clinic al Spitalului Universitar, care s-a

referit la patologia glandelor salivare din perspectiva interdisciplinară pentru că este un capitol pe care nu îl abordează foarte multă lume și care ridică multe dificultăți terapeutice. Operăm tumori de glandă tiroidă, care de asemenea este o chirurgie de graniță, pe care o abordează și chirurgii endocrinologi și chirurgii generaliști și chirurgii toracici. Apoi abordăm tumori de faringe și laringe, tumori nazosinusale și aici este o discuție

legată de abordul extern, abordul endoscopic sau combinarea celor două tehnici. Abordăm de asemenea o patologie complexă, de graniță cu neurochirurgia, care se face în foarte puține spitale, în care echipa este completată de chirurgul oro-maxilo-facial și de neurochirurg - tumorile de fosă infratemporală, o regiune mai ascunsă la baza craniului, în spatele oaselor feței, care ridică niște dificultăți foarte mari de abord și îmi place să cred că deja am căpătat experiență pentru că aceste cazuri ne-au fost trimise în stadiu aproape inoperabil și totuși am avut rezultate foarte bune.

## Poate fi chirurgia ORL-CCF o chirurgie exclusiv minim invazivă sau până unde se poate merge?

Există tipuri diferite de patologii. Ideal este să facem o chirurgie minim invazivă sau chirurgie pe căi naturale ca să nu rămână semne exterioare ale intervenției. Pentru foarte multe din afecțiunile rino-sinusale, de pildă, se poate aborda o tehnică endoscopică. Există tije endoscopice care intră pe fosele nazale și nu rămân urme exterioare. În PTCF, mai ales la tumorile de mari dimensiuni este practic imposibil să abordăm endoscopic, pentru că trebuie protejate vasele, carotidele, venele jugulare interne. Sigur, am citit despre operație de glandă tiroidă prin orificiile naturale - aceste lucruri sunt de prezentat la Discovery, dar sunt puțin fezabile în realitate. Chirurgia pe căi naturale poate fi făcută pentru o patologie de mică severitate. De exemplu pe gură putem opera niște amigdale, chiar și o tumoră mică de amigdală dar dacă este o tumoră mai mare ajungem să tăiem mandibula, deja lucrurile trec într-o altă sferă. Operăm endoscopic patologie rino-sinusală însă patologia tumorală cervico-facială se operează cu abord extern, nu există alt abord. Încercăm să minimizăm aceste incizii, să le camuflăm, pentru a rezulta cicatrici cât mai puțin inestetice. De fapt, într-o chirurgie de tumoră malignă timpul ablativ are scopul extirpării tumorii în condiții de siguranță pentru pacient iar apoi urmează timpul reconstructiv pentru ca rezultatul să fie și unul estetic, dar și funcțional.

Chirurgia ORL-CCF este o chirurgie de finețe pentru că lucrăm în această zonă în care avem foarte multe simțuri, pentru că după simțul vederii, care este cel mai important, cam toate celelalte simțuri sunt ale specialității noastre și noi trebuie să le conservăm. Trebuie să conservăm funcția respiratorie, pe care în timpul operației o suplinim printr-o traheostomă și montarea unei canule traheale. Sau se poate deteriora la operație calea digestivă și atunci pacientul va purta o sondă naso-gastrică prin care se alimentează. Uneori nu este suficient și trebuie să apelăm la un chirurg abdominal să facă o gastrostomă, adică un tub de alimentație în stomac. Dezideratul este să facem o chirurgie funcțională, dar uneori suntem limitați de patologie. Succesul terapeutic se măsoară în ani de viață și în calitatea vieții de după operație.

# Gemoterapia în infecțiile urinare de vară

Infecțiile de căi urinare pot surveni și când vine căldura, frecventarea piscinelor, apa sarată, clorul și nisipul putând fi factori favorizanți ai apariției infecțiilor urinare.

Farm. Carmen Ponoran
www.gemoterapie.ro

Aceste afecțiuni sunt mult mai frecvente la femei decât la bărbați, fapt explicat, pe de o parte, de constituția anatomică diferită: uretra mică e aflată în imediata vecinătate a anusului, de unde se pot genera infectări cu bacterii patogene, în special Escherichia coli. Un factor favorizant este și constipația, datorită bacteriilor ce pot stagna în rect și anus. De asemenea, la menopauză infecțiile urinare pot fi generate și de reducerea estrogenului.

Sistemul imunitar slăbit, din diferite cauze, lasă organismul neprotejat împotriva infecțiilor, o cauză putând fi și abuzul de antibiotice. Alte cauze pot fi: igiena necorespunzătoare, spălăturile vaginale, ce distrug flora bacteriană, bacteriile din toaletele publice etc.

Marea problemă privind infecțiile urinare este faptul că au tendința de a reapărea.

## Semnele instalării unei infecții de căi urinare (cistită, uretrită)

Primele semne sunt urinările mai dese, cu eliminarea unor cantități mici de urină, însoțite apoi de usturime și senzația de greutate în partea de jos a abdomenului.

## Cum ne putem proteja?

Gemoterapia, fitoterapia cu muguri și mlădițe sau, cum mai este denumită, terapia cu celule stem vegetale, ne poate proteja eficient, prin efecte multiple de susținere și reechilibrare a organismului.

În special trei extracte gemoterapice, din plante aparținând aceleiași familii botanice, fam. Ericaceae, sunt campionii sănătății căilor urinare: **Afinul, Merișorul și Iarba neagră**. În gemoterapie se folosesc mlădițele acestor arbuști, cu acțiune la nivel renal, dar și intestinal, completând astfel protecția căilor urinare și reducerea recidivelor infecțiilor urinare joase, de tipul cistite, uretrite.

**Polygemma Căi urinare** reunește în formula sa cele trei gemoterapice, cu acțiune antiseptică, antiinflamatoare, cicatrizantă și diuretică. Aceste gemoterapice au în compoziție arbutozida, principalul compus care protejează căile urinare, prin transformarea la administrare, în hidrochinonă, cu efect antibacterian și antiinflamator. Polygemma Căi urinare este standardizată la doza optimă necesară de arbutozidă pentru un efect antibacterian dovedit prin studii de laborator. De asemenea, prin scăderea pH-ul urinei, care este alcalin în infecții urinare, se obține un mediu ușor acid, în care agenții patogeni se multiplică mai greu. Pentru Merișor, a fost dovedită și capacitatea de reducere a adezivității bacteriilor la mucosae, efect important și pentru prevenirea reinfectărilor.

De multe ori infecțiile urinare se asociază cu constipație cronică, iar Polygemma Căi urinare are și acțiune modulatoare asupra motilității intestinale (readuce echilibrul în caz de constipație sau diaree) și de reechilibrare a florei intestinale. În cazul femeilor aflate la menopauză, susține organismul femeii, pentru o pierdere mai lentă a estrogenului.

**Benefic în caz de disconfort urinar**

- Ajută la eliminarea bacteriilor din vezica urinară și uretră
- Contribuie la calmarea usturimii

PlantExtrakt®
natura sănătății tale

## Sănătatea căilor urinare prin gemoterapie

Pentru persoanele care au constatat deja că au o sensibilitate la acest nivel, cure periodice de 2 ori pe an, cu Polygemma Căi urinare, pot reduce frecvența instalării, precum și intensitatea manifestărilor neplăcute în cazul unei infecții de căi urinare. Dacă afecțiunea s-a instalat, puteți urma această cură în paralel cu medicația prescrisă de medic, precum și încă două săptămâni după dispariția simptomelor.

Avantajul folosirii acestei terapii naturale este faptul că acționează la două niveluri importante în organism (căi urinare și intestin), pentru a întreține în mod eficient sănătatea căilor urinare.

Tot din gama Polygemma, pentru a crește rezistența organismului, puteți administra, primăvara și toamna, **Polygemma 17- Imunitate**, care este utilă și pentru o refacere rapidă în convalescența după episoade de infecții urinare.

Infecțiile de căi urinare (așa numitele infecții urinare joase – cistite, uretrite) netratate corespunzător și la timp, pot genera afecțiuni ale rinichilor și complicații medicale. De aceea, este utilă și cura de detoxifiere pentru susținerea rinichilor, cu **Polygemma 12 – Rinichi detoxifiere**. Conține extracte gemoterapice din muguri de Frasin, sevă de Mesteacăn și extract din frunze de Mesteacăn. Are și recomandare în retenția hidrică apărută la supraponderali, pentru eliminarea surplusului de apă sau în cazul creșterii valorilor acidului uric, prin acțiunea depurativă, completată cu acțiunea regeneratoare, prin aport de glucoză, fructoză, aminoacizi, vitamina C și o serie întreagă de săruri minerale de: calciu, fosfor, magneziu, mangan, zinc, zinc, sodiu și fier.

Să reținem și faptul că frica și anxietatea sunt considerați inamicii rinichilor, dar și sediul puterii și stabilității noastre interioare. Îi putem proteja și prin gândurile și atitudinea noastră!

# Corpii străini auriculari la copil

Corpii străini auriculari reprezintă o afecțiune frecvent întâlnită în patologia copilului și sunt extrem de variați.

**Dr. Toader Miorița**
Medic primar O.R.L.
Doctor în științe medicale

(partea 1-a)

## Corpii străini endogeni

Acești corpi străini sunt de două feluri:

- dopul de cerumen
- dopul epidermic.

## Dopul de cerumen

Acesta reprezintă un conglomerat de cerumen care duce la obturarea canalului auditiv extern, cauza determinantă fiind hipersecreția de cerumen, mai abundent la copil. Dintre cauzele favorizante amintim: împingerea și evident acumularea de cerumen prin folosirea bețișoarelor cu care în mod greșit sunt curățate urechile copiilor, pătrunderea apei și a

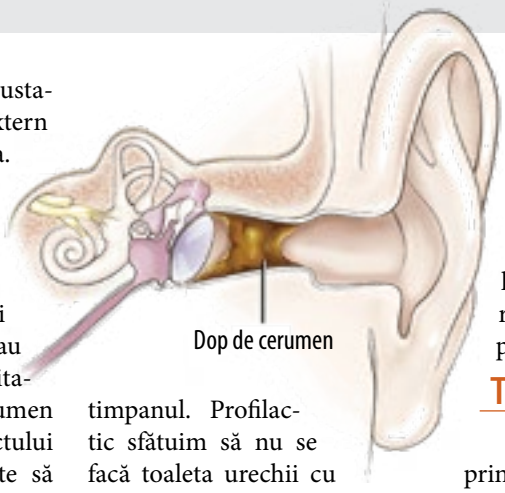
săpunului în ureche, îngustarea conductului auditiv extern precum și sinuozitatea sa. Principalul simptom subiectiv în cazul prezenței unui dop de cerumen este hipoacuzia, care poate să apară de obicei brusc, în timpul unei băi sau apare treptat, prin depozitarea și acumularea de cerumen la nivelul pereților conductului auditiv extern. Mai poate să apară durere cu sau fără febră, atunci când apare o inflamație, acufene.

La examenul otoscopic se decelează un dop de culoare galben, brun, maro, negru, ce nu lasă ca timpanul să poată fi vizibil. Acesta poate fi confundat cu un depozit de secreții uscate sau cu un dop prin corp străin exogen, ambele putând avea aceeași culoare.

Evoluția unui dop de cerumen este în general benignă. Doar atunci când apare asociat o infecție, o otită medie supurată sau o otită externă evoluția sa se complică.

## Tratamentul

Constă în extracția dopului prin spălături cu apă călduță, lucru uneori greu de realizat datorită fricii copilului. În acest caz, precum și în situația în care dopul de cerumen este foarte tare, se procedează la înmuierea acestuia cu diferite soluții speciale, după care se poate proceda la spălături sau aspirații. Dacă avem de-a face cu un copil extrem de agitat, recurgem la extracția doplui sub anestezie inhalatorie, pentru a nu leza conductul sau timpanul. Profilactic sfătuim să nu se facă toaleta urechii cu apă și săpun și să nu se folosească bețișoare sau tampoane de vată care să fie introduse profund. Cu orice preț trebuie evitate manevrele de extracție cu pensa sau cu alte instrumente la copiii agitați, deoarece se poate leza conductul, producând o otită externă sau se poate perfora timpanul cu apariția unei supurații la nivelul urechii medii.




## Dopul epidermic

Reprezintă un conglomerat de epiteliu descuamat de la nivelul conductului, înconjurat de o membrană de culoare alb-sidefie, ce aderă la pereții conductului și la timpan. Principala cauză a descuamării și a acumulării de scuame cu formarea unui dop o reprezintă otita externă sau miringita descuamativă, care se asociază de obicei cu alte tulburări trofice precum astmul sinusobronșic, cu sindromul de inversiune viscerală sau cu osteita circumscrisă a conductului. Dopul epidermic poate fi confundat cu colesteatomul casei timpanului ce a fost precedat de o supurație otică sau mai rar cu dopul de cerumen ce aderă de conduct și este învelit în resturi epiteliale.

Evoluția sa este progresivă cu erodarea în timp a peretelui posterosuperior al conductului osos sau a timpanului, reprezentând punctul de plecare a unui colesteatom.

## Tratamentul

Constă în extracția sa prin spălătură, dar aceasta se face mai dificil, cu prealabilă înmuiere sau ramolire cu diferite soluții speciale. Frecvent poate fi necesar toaleta urechii sub anestezie generală sub control microscopic cu instrumente speciale. Porțiunile din tegumentul conductului care prezintă eroziuni se vor trata și urmări în timp, pentru a nu da naștere la complicații.

## Corpii străini exogeni

Sunt mai frecvenți la grupa de vârstă 2-5 ani, atunci când spiritul de curiozitate al micului pacient este deosebit de dezvoltat. Corpii străini auriculari exogeni pot avea o infinitate de structuri și de forme. Cei inerți care constituie majoritatea sunt de o infinită varietate. Corpii străini animați sunt mai rari la copii, mai ales la cei care provin din mediul urban.

Cauza pătrunderii diferiților corpi străini în ureche este introducerea voluntară a acestora în ureche, uni sau bilateral, de către copil sau de către un tovarăș de joacă. Este cu totul excepțională pătrunderea lor în ureche accidental.

Continuare în numărul viitor

# Întârzie reformele din asistența medicală de psihiatrie

Interviu realizat cu doamna prof. dr. Cătălina Tudose, Președinte Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie

(Continuare din numărul anterior)

**Ce perspective are un bolnav psihic să se recupereze după un episod de boală, acut?**

În condițiile în care avem mulți specialiști în psihiatrie, majoritatea tineri, bine pregătiți și de asemenea sunt disponibile multiple intervenții terapeutice atât medicamentoase cât și nemedicamentoase șansele de ameliorare și vindecare sunt astăzi foarte mari.

Trăim într-o epocă în care în tulburările psihice severe, considerate în trecut invalidante – schizofrenie, tulburări psihotice diverse, tulburare bipolară, depresiile severe etc. se obțin remisiuni totale sau de foarte bună calitate. Ele permit reintegrarea socială și profesională perfectă. Și în țara noastră sunt disponibile preparatele medicamentoase cele mai eficiente și cu efecte adverse minime.

De asemenea sunt mulți specialiști în psihoterapii, care oferă alternative terapeutice sau care sunt de cele mai multe ori integrate cu intervențiile farmacologice, în funcție de stadiul clinic și intensitatea psihopatologică a manifestărilor.

Singura condiție este aceea de a se ajunge la psihiatru, fie la recomandarea medicului de familie, fie din proprie inițiativă, fie la solicitarea familiei, colegilor, prietenilor în cazul situațiilor grave, de urgență, în care critica persoanei aflate în suferință este minimă sau absentă. În acest sens cunoașterea prevederilor Legii de Sănătate Mintală de către populație ar fi foarte utilă. Și nu în ultimul rând combaterea stigmei, a jenei, a rușinii pe care oamenii încă o manifestă față de tulbu-

rările psihice, astfel că în loc să intervină și să ajute, preferă să nu se implice, ceea ce are serioase repercusiuni asupra evoluției tulburărilor.

**Există prevenție în cazul bolii Alzheimer? Ce boli mai pot determina demența în afară de boala Alzheimer? Cum se stabilește diagnosticul diferențiat?**

În cazul bolii Alzheimer se poate vorbi de prevenție, respectiv de un stil de viață sănătos, alimentație echilibrată, evitarea traumatismelor cerebrale, tratarea corectă a depresiei; deci de evitarea factorilor de risc și considerarea celor protectivi. Prevenirea suferințelor cardio-vasculare, a hipertensiunii arteriale, a celor metabolice – dislipidemii, diabet zaharat, îndeosebi în decada a V-a de vârstă s-a dovedit a avea un efect semnificativ prin scăderea peste 70 de ani a prevalenței demenței din Alzheimer.

Boala poate fi diagnosticată prin mai multe examene corelate: examinare clinică complexă și periodică – psihiatrică, neurologică, geriatrică, examinare neuro imagistică, neuro-psihologică. Evaluarea clinică generală și investigațiile vor exclude celelalte cauze, în primul rând a celor de pot produce deficite cognitive reversibile (anemii, hipotiroidie, hematom cererbral și alte tumori benigne, hidrocefalie cu presiune normală etc). Există multe forme de demență de tip cortical sau subcortical, dar cele mai frecvente după demența din boala Alzheimer

sunt demențele vasculare și de tip mixt (vascular și Alzheimer), apoi demențele cu corpi Lewy, demențele fronto-temporale, demența din boala Parkinson, boala Huntington, paralizia progresivă supranucleară, degeneresecnța cortico-bazală etc.

**Problema dependențelor de substanțe psihoactive sau de alcool – considerați că este abordată corespunzător la noi în țară? A crescut numărul cazurilor?**

Nu avem date epidemiologice precise, dar cu siguranță valorile incidenței și prevalenței tulburărilor determinate de consum de substanțe au crescut. Iar și mai evident este faptul că nu beneficiem decât de foarte puține servicii specializate pentru prevenția, diagnosticul și mai ales pentru aplicarea strategiilor terapeutice de reabilitare, pe termen lung. Pe de altă parte dependențele de substanțe pshioactive sau de alcool nu reprezintă numai o problematică a psihiatriei, ci a întregii societăți.

Sunt în mod esențial implicate familiile, sistemul educativ, nivelul general de educație a populației ca și interesul guvernanților prin politici de sănătate și susținerea lor financiară. Atâta timp însă cât părinții sunt tentați din ce în ce mai mult să le ofere copiilor bunuri materiale în locul afecțiunii și atenției, iar școala oferă un mediu de risc înalt, nu se pot schimba prea multe lucruri. Soluția o reprezintă implicarea tututor și o strategie națională.

# Diabetul zaharat de tip 2 începe să apară și la copil

**Dr. Irina Calma**
Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "N.Paulescu" București

**Prof. univ. dr. Gabriela Radulian**
Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "N.Paulescu" București

## Epidemiologia diabetului zaharat tip 2 la copil

Paradigma tradițională conform căreia diabetul zaharat tip 1 este caracteristic copilului și cel de tip 2 adultului, nu mai este valabilă. Întâlnim din ce în ce mai des cazuri de diabet zaharat tip 2 la copil.

Incidența diabetului zaharat tip 2 în întreaga lume diferă substanțial în funcție de categoriile de vârstă, rasă sau poziție geografică.

Studiile epidemiologice apreciază o incidență cuprinsă între 1-51 cazuri noi la 1000 de copii. Cea mai mare incidență se întâlnește în grupul de vârstă 15-19 ani în zona de Nord a Americii, acolo unde prevalența diabetului zaharat este de 50.9 la 1000 de copii. În Statele Unite ale Americii incidența anuală este de aproximativ 5000 de cazuri noi. Creșterea incidenței diabetului zaharat a fost raportată de asememea și în Canada, Japonia, Austria și Germania.

În ceea ce privește evoluția în următorii 40 de ani, se apreciază că incidența se va mări de aproximativ 4 ori.

## Diagnosticul diabetului zaharat tip 2 la copil

Cel mai frecvent copiii se prezintă cu simptomatologie clasică reprezentată de poliurie (urinare abundentă), polidipsie (senzatie exagerata de sete), nicturie (necesitatea de a urina în timpul nopții), enuresis (pierderea necontrolată a urinei), scădere ponderală ș.a., care pot să fie acompaniate de polifagie (foame exagerată), tulburari de comportament, scăderea performanțelor școlare sau tulburări de acuitate vizuală. Tulburările de creștere sau apariția diferitelor infecții pot, de asemenea, sa însoțească debutul diabetului zaharat la copil.

În formele severe, copiii se prezintă cu cetoacidoză (scăderea rezervei alkaline a sângelui). În această situație starea pacientului poate varia de la stupor (lipsa functiei cognitive) la comă și în absența tratamentului se ajunge la deces.

Dacă simptomele sunt prezente, testarea glicemei sau utilizarea unui dipstick (bandeletă urinară) pentru testarea glicozuriei și cetonuriei (prezență în urină a glucozei și a cetonelor rezultate din arderea incompletă a grăsimilor) reprezintă instrumente simple și sensibile pentru diagnostic.

| Criterii de diagnostic |
|---|
| Diabet zaharat clasic sau criză hiperglicemică cu valoare a glicemiei >200 mg/dl în orice moment al zilei. |
| Glicemie a jeun (8h de post) >126 mg/dl. |
| Glicemia la 2h de la testul de încărcare cu glucoză >200 mg/dl. |

În prezența simptomelor de hiperglicemie este suficient un singur criteriu. În absența acestora sunt necesare cel puțin 2 criterii, mai exact 2 teste modi-

ficate din aceeaşi probă sau din 2 probe diferite în zile diferite.

| Posibile scenarii în care stabilirea diagnosticului poate să ridice probleme |
|---|
| Absența simptomelor, hiperglicemie detectată incidental la copil care participă la studii de screening |
| Prezența moderată sau atipică a simptomelor |
| Hiperglicemie detectată în prezența unei infecții acute, traumă sau orice alt tip de stres. |

Pacient la limita valorii superioare pentru diagnostic- în această situație ghidul recomandă urmărire la 3-6 luni.

În aceste situații, diagnosticul de diabet zaharat nu trebuie să se bazeze pe o singură determinare de laborator a glicemiei. Necesită monitorizare a glicemiei a jeun sau a glicemiei la 2h postprandial în zile diferite.

Uneori este necesară efectuarea testului de toleranță la glucoză pentru a confirma diagnosticul de diabet.

De aceea, pentru stabilirea diagnosticului se folosesc exclusiv criteriile de glicemie.

## Toleranța alterată la glucoză și glicemia a jeun modificată

Acestea reprezintă stadii intermediare în evoluția naturală a tulburării de glicoreglare. Ele reprezentând anomalii diferite în ceea ce privește reglarea glicemiei.

Aceste 2 entități se pot asocia cu sindromul metabolic care include: obezitate (predominant la nivel abdominal sau visceral), dislipidemie (trigliceride crescute și/sau HDL scăzut) și hipertensiune, dar la fel de bine, copilul se poate prezenta fără sindrom metabolic, euglicemic (concentrație normală de glucoză în sânge).

## Criterii de diagnostic a glicemiei a jeun:

1. Glicemie a jeun<100 mg/dl= normal
2. Glicemie a jeun 100-125 mg/dl= IFG (glicemie a jeun modificată)
3. Gicemie a jeun>126 mg/dl= diabet zaharat

| Criterii de diagnostic a toleranței alterate la glucoză |
|---|
| Glicemie la 2 h dupa TTGO <140 mg/dl=normal |
| Glicemie la 2h dupa TTGO 140-200—mg/dl= IGT |
| Glicemie la 2h dupa TTGO 200 mg/dl=diabet zaharat |
| După stabilirea diagnosticului de diabet, este esentială efectuarea testelor suplimentare care să clasifice cu certitudine tipul diabetului zaharat. |

Continuare în numărul viitor

# Terapia cu insulină…
## evoluția spre pancreasul artificial

Din 1921, momentul la care a fost descoperită insulina și până astăzi, eforturile medicilor, cercetătorilor și a tuturor celor implicați în lupta cu diabetul s-au concentrat pe găsirea de soluții care să permită pacientului un control glicemic cât mai bun alături de un stil de viață cât mai apropiat de unul normal.

**Dr. Viviana Elian**
Şef lucrări UMF Carol Davila Bucureşti,
Medic primar diabet, specialist endocrinologie

Studii desfăşurate pe populaţii mari, au demonstrat că tratamentul intensiv duce la o reducere semnificativă a apariţiei complicaţiilor atât în diabetul zaharat de tip 1 cât şi în diabetul zaharat tip 2.

Pe de altă parte un tratament intensiv neadecvat cu insulină poate determina reducerea simptomelor de hipoglicemie şi a reacţiilor hormonale asociate, ceea ce va duce în final la apariţia hipoglicemiilor asimptomatice. Astfel, hipoglicemia a fost identificată ca principalul obstacol care împiedică un control optim al glicemiei şi tratamentul diabetului a fost formulat ca un "compromis" între atingerea ţintelor glicemice şi un minim de hipoglicemie iatrogenă.

Cercetările continue au contribuit la evoluţia insulinoterapiei atât prin introducerea tehnologiei în administrarea insulinei precum şi prin formularea unor tipuri noi de insulină, ceea ce a schimbat modul în care abordăm astăzi tratamentul.

Tehnologia în managementul diabetului de tip 1 a devenit elementul central odată cu utilizarea pompei de insulină şi a senzorilor de glicemie cu monitorizare continuă.

La începutul anilor 60 a fost pentru prima dată folosită o pompă de insulină intravenoasă, ce folosea atât insulină cât şi glucagon. A apărut în 1969 primul aparat portabil de măsurat glicemia. Prima pompă de insulină cu infuzie subcutanată a fost comercializată în 1970.

Pompele de insulină sunt utilizate în tratamentul diabetului zaharat încă din 1960 şi de atunci tehnologia a avansat continuu, făcând din aceste device-uri cea mai eficientă metodă terapeutică pentru pacienţii cu diabet zaharat tip 1 şi o parte din pacienţii cu diabet zaharat tip 2 insulinotrataţi. Eficienţa vine din faptul că asigură cea mai bună menţinere a nivelurilor glicemice în ţintă în paralel cu păstrarea flexibilităţii vieţii de zi cu zi a pacienţilor care le folosesc.

Monitorizarea ambulatorie a glicemiei şi infuzia subcutanată de insulină cu ajutorul unui sistem de infuzie mecanic extern, urmată de automatizarea procesului de infuzare a insulinei au constituit un pas înaainte. Această abordare a devenit cunoscută sub denumirea de control al diabetului în buclă închisă, sau „pancreas artificial (AP)". Ideea AP a apărut în anii 1970 când au fost elaborate mai multe studii care au stabilit posibilitatea reglării glicemiei prin "instrumente" externe care folosesc măsurarea glucozei şi infuzie de glucoză şi insulină (ambele intravenos în acea perioadă).

Primul aparat comercial care respecta definiţia de mai sus a apărut în 1977 şi avea dimensiunea unui frigider.

Între 1980 şi 2000, pompele de insulină au devenit mai mici şi portabile. În 1997–1998, au fost introduse primele elemente ale analizei de risc a datelor privind nivelul glicemiei, care au devenit ulterior baza sistemelor de siguranţă cu buclă închisă încorporate în designul AP. Beneficiul constă în suspendarea infuziei de insulină la un nivel scăzut de glicemie.

Următorul pas în tehnologia diabetului este pancreasul artificial, care cuprinde un senzor de glucoză subcutanat, algoritmul de control pentru calcul şi pompă de insulină. Elementul central al AP este algoritmul de control care controlează variaţiile glicemice şi acţiunile pompei de insulină şi calculează rata de administrare a insulinei la fiecare câteva minute.

Ultimul sfert de secol a fost marcat de progrese remarcabile în recreerea pancreasului natural cu ajutorul pompelor de insulină bazate pe detecţii glicemice din ce în ce mai precise, cu o reducere a variabilităţii şi a hipoglicemiei.

Educaţia adecvată a pacienţilor susţinută de o echipă medicală (medic, educator, nutriţionist, asistentă) cu experienţă poate oferi cele mai bune rezultate în managementul diabetului zaharat insulinotratat. Selecţia atentă a pacienţilor este de asemenea un important factor în această privinţă.

Integrarea cu succes a progreselor tehnologice în îngrijirea clinică prezintă provocări şi oportunităţi atât pentru medici cât şi pentru pacienţi.

# Evoluția chirurgiei endoscopice în ORL este spectaculoasă

Prof. Dr. Caius- Codruț Sarafoleanu este șeful Clinicii ORL și Chirurgie Cervico-facială și director al Centrului de excelență pentru patologia căilor respiratorii superioare din Spitalul „Sfânta Maria” București (CESITO) și al Centrului de Excelență în Chirurgia endoscopică ORL al UMF „Carol Davila” București. Este secretar general al Societății Române de Rinologie, fondator al acesteia în 2010, membru al Comitetului Director al Societății Europene de Rinologie, redactor șef al revistei „Romanian Journal of Rhinology”, indexată în BDI.

**(partea a 2-a)**

Între două operații, și-a luat o scurtă pauză pentru a ne acorda un interviu în revista ORL 2019 Medical Market.

**Continuare din numărul anterior**

Vaccin în sfera ORL nu există în momentul acesta.

Se discută foarte mult de infecția cu virusul papilomului uman, arhicunoscutul HPV și, cu toții știm că în momentul în care va apărea un vaccin dedicat acestor infecții patologia ORL va suferi modificări importante, în sensul ameliorării și scăderii recidivelor, pentru

că toate infecțiile cu HPV predispun la recidive foarte frecvente, expun pacientul la un număr foarte mare de intervenții chirurgicale în special în laringe dar și la nivelul nasului sau orofaringelui.

**Până unde se poate merge în chirurgia de reconstrucție ORL, ținând cont de evoluția spectaculoasă a tehnologiilor chirurgicale endoscopice?**

Reconstructiile în chirurgia ORL sunt parte a actului chirurgical extins, fie el endoscopic sau prin abord extern. De la reconstructia bazei craniului, acoperirea fistulelor de lichid cefalorahidian, lambourile vascularizate intranazale și pana la lambourile de muschi pectoral sau alte lambouri musculocutanate, toate tehnicile sunt dedicate refacerii organelor operate. Exista posibilitatea unor proteze sau epiteze care pot substitui parti ale fetei ce au fot rezecate (nas, pavilion auricular), la fel cum există proteze de lanț osicular în chirurgia reconstructivă a urechii medii.

**Ce progrese s-au făcut în ultimele decenii în ceea ce privește protezarea în ORL?**

Protezarea auditivă s-a perfecționat iar aparatele actuale răspund cerințelor societății moderne de performanță, fiabilitate, miniaturizare. Implantul cohlear redă societății mulți pacienți care în urmă cu 20 de ani frecventau școli de surdomuți sau erau izolați social și profesional. Programul național de screening auditiv universal la nou născuți promovat de colegii audiologi și susținut de Comisia de ORL a MS prezidată de subsemnatul, este un pas firesc și corect în identificarea de la naștere a copiilor cu surdități sau hipoacuzii. Implicit și evaluarea lor amănunțită în servicii de audiologie se face rapid și reabilitarea auditivă prin proteze implantabile sau tradiționale se poate face la timp.

**Simțurile: auz, miros, gust, funcția vorbirii, simțul echilibrului, care toate aparțin de ORL, determină dezvoltarea copilului chiar din primele luni de viață, când vocea mamei și gustul - mirosul laptelui matern sunt primele contacte ale nou-născutului cu lumea extrauterină iar încercările de ridicare în poziție ortostatică sprijinit de marginea pătuțului reprezintă prima lui aventură în jungla vieții. În ce măsură aceste simțuri / funcții pot fi determinate la naștere și eventual corectate în caz de anomalie? Aceleași probleme se pun și pacienților foarte vârstnici, care își pierd treptat auzul, echilibrul.**

Centrul de Excelență de la Clinica ORL Sfânta Maria, finanțat și implementat cu fonduri europene pentru dezvoltare infrastructură pentru cercetare, tocmai asta și-a propus și realizează. S-au dezvoltat laboratoare dedicate explorărilor audiologice și vestibulare (având în vedere procentul mare de pacienți cu hipoacuzii, amețeli și tulburări de echilibru și nu în ultimul rând îmbătrânirea senzorială, inclusiv cohleo vestibulară odată cu creșterea speranței de viață). De asemenea, abordăm patologia neurologică a laringelui (paralizii de origine neurologică, toxică sau postchirurgicală), explorarea funcțională a mirosului (de asemenea premieră națională în ORL), patologia somnului (sindroamele de apnee obstructivă în somn) și patologia deglutiției ”de la simptom la sindrom”. Și aici avem o prioritate națională referitoare la reabilitarea deglutiției prin proceduri de electrostimulare dedicate anumitor grupe musculare implicate, în funcție de patologie princeps. Primele rezultate (atât la olfacție cât și la deglutiție) le-am comunicat în reviste indexate și discuțiile pe aceste teme sunt fructuoase cu partenerii europeni care abordează aceste entități patologice.

Este o echipă tânără și ambițioasă, care face progrese în aceste domenii mai aride ale specialității ORL. Aceste teme de cercetare clinică din specialitate concordă și cu direcțiile de cercetare finanțate de UE și anume îmbătrânirea senzorială, patologia respiratorie în somn, tulburările senzoriale sau proteomica și genomica în cancerele ORL.

Diagnosticul acestor afecțiuni este posibil, în cazul olfacției și d.p.d.v. obiectiv, iar reabilitarea pacienților este posibilă cu anumite limite evident, în functie de patologie.

# Lumini și umbre în managementul COVID 19

Interviu cu prof. dr. Egidia Miftode, din prima linie a frontului de luptă împotriva COVID 19

În plină pandemie, m-am deplasat pe una din liniile de front în contact direct și cu „foc deschis" împotriva COVID 19, este vorba de secţia Boli Infecţioase II de la Spitalul Clinic de Boli Infecţioase "Sf. Parascheva" din Iași, discutând (prin telefon) cu Prof. Dr. Miftode Egidia, șefa secţiei.

**Stimată doamnă profesor, sunteţi de mai bine de 13 ani şef al acestei secţii prin care s-au perindat bolnavi infectaţi cu tot ce poate fi bacterie şi virus pe lumea asta. Care sunt mijloacele de protecţie uzuale ale personalului medical din secţie?**

Este bine cunoscut faptul ca întreg personalul medical este expus riscului de a dezvolta patologii infecţioase în urma contactului cu persoane bolnave, iar acest risc este cu atât mai mare în secţiile de boli infecţioase unde medicii și asistenţii sunt implicaţi în mod direct atât în actul diagnostic (examen medical, prelevare de probe biologice, manevre invazive de diagnostic) cât și în cel terapeutic, desfășurat uneori pe durate relativ întinse. Și în cazul acestei pandemii, trebuie spus că unii pacienţi sunt internaţi pe perioade de ordinul săptămânilor.

Echipamentul de protecţie a fost întotdeauna cel adecvat pentru a contracara o anumită modalitate de transmitere, iar screeningul inițial, efectuat înainte de intarea în triaj ne-a ajutat să avem o protecţie bazală.

Astăzi, în serviciile de boli infecţioase suntem cu toţii obligaţi să avem un echipament corespunzator, încă din luna martie, ne-am obișnuit și deși nu este confortabil, trecem cu brio peste acest inconvenient, fiind conştienţi de gravitatea situaţiei.

Sfatul nostru, al infecţioniştilor și epidemiologilor către colegii de alte specialităţi este de a accepta și a folosi echiparea adecvată și de a constitui o zonă în care să fie izolaţi pacienţii în observaţie/confirmaţi COVID-19. Astăzi ne confruntăm cu acest virus, mâine este posibil să fie Mycobacterium tuberculosis multidrog rezistent sau alţi germeni cu rezistenţă crescută la antibioticele disponibile, și singura soluţie viabilă și realistă este ca toţi medicii să fie antrenaţi în acest sens, iar serviciile medicale adaptate situaţiilor epidemiologice extreme; în caz contrar, medicii infecţionişti vor fi în situaţia de a prelua și rezolva pacienţi cu cele mai variate patologii. Presiunea pusă asupra noastră deja a început să fie una uriașă.

**Ce puteţi spune referitor la complianţa la tratament și la regimul de izolare al pacienţilor și uneori chiar și al personalului medical?**

Mai îngrijorător este faptul că unii medici de alte specialităţi sunt foarte înspăimântaţi de infecţia pandemică cu SARS CoV 2 și au o tendinţa evidentă de a refuza pacienţii posibil infectaţi/sau chiar fără nici un element de suspiciune. în consecinţă, cu afecţiuni urgente, care necesită o abordare imediată, în interval de minute, aceşti pacienţi fiind amânaţi până la obţinerea unui test PCR negativ. În plus, alţi colegi sunt suspicioși, fiind predispuși la a disemina unele teorii ale conspiraţiei, fără o bază reală. Aceste idei diseminate în populaţie sunt cu atât mai grave cu cât sunt venite de la persoane cu studii medicale, a căror opinii răspândite în societate contribuie la conturarea unui fenomen de fake-news care impietează atât eforturile noastre,

ca medici de primă linie, cât şi ale autorităţilor.

**În perioada recent de pandemie de mai bine de 6 luni, s-au înregistrat cazuri de infectare în rândul personalului secţiei?**

Au fost şi în rândul personalului medical al spitalului de Boli Infecţioase Iaşi cazuri de infecţie cu SARS CoV 2, dar ancheta epidemiologică a evidenţiat faptul că transmiterea a fost una comunitară pentru cazurile iniţiale, ulterior s-au infectat colegele care au socializat în aceleaşi încăperi (şi transmiterea nu s-a datorat unor breşe în utilizarea echipamentului de protecţie faţă de pacienţi). Totuşi, suntem conştienţi că situaţii particulare de contaminare pot să apară şi în contextul epuizării fizice şi chiar psihice a personalului. O rutină epuizantă cu durată de câteva luni poate eroda încrederea şi atenţia şi celor mai profesionişti dintre noi.

**Care a fost modul de organizare la nivelul secţiei şi ce măsuri speciale aţi luat în perioada pandemiei?**

Încă din luna februarie am început pregătirile pentru COVID 19 în spitalul de BI: am implementat măsurile de control a infecţiei, am actualizat protocoalele în continuă schimbare referitoare la echipamentul personal de protectie (PPE), am avut discuţii permanente pentru susţinerea personalului, pentru a-i convinge să treacă peste momentele de anxietate şi să lucreze cu pacienţii, ne-am luptat pentru a avea în timp util rezultatul la testele de laborator pentru a şti cum să dirijăm pacienţii (în aria ce deservea confirmaţii cu COVID 19, sau să-i trimitem în alte servicii), am incercat să ţinem pasul cu recomandările forurilor de experţi internaţionale, am elaborat protocoale locale, am participat la şedinţe online. Am încercat să răspundem tuturor întrebărilor venite de la colegi, cunoştinţe, mass media, autorităţi, şi resimţim o stare accentuată de oboseala şi ingrijorare, atât pentru colectivul în care lucrăm cât şi pentru familie, pentru noi înşine, dar şi pentru pacienţi, pentru că nu avem resurse terapeutice specifice, pentru că sunt mulţi pacienţi care tot vin, pentru că nu mai avem locuri în terapie intensivă, pentru că nu putem să-i tratăm pe cei cu alte patologii infecţioase (asa cum o făceam până în martie), pentru că ne luptăm chiar şi cu voci ale unor medici care în loc să ne vină în ajutor alimentează teorii aberante şi iresponsabile şi incită la

nerespectarea regulilor elementare, și pentru că uneori ne lovim de refuzul unor servicii de a prelua pacienți infectați. Fiecare pacient are dreptul la o îngrijire medicală de specialitate, adecvată patologiei sale, fie că discutăm de urgențe chirugicale, cardio-vasculare sau chiar infecțioase, aici amintind de boli care încă lovesc sub diferite forme: meningite, endocardite, sepsisuri etc

Ca un gând care să rezume cât mai fidel starea noastră, țin să mulțumesc tuturor colegilor care ne-au înțeles, care ne-au susținut și ajutat cu promtitudine în această perioadă, preluând și tratând pacienți atunci când au fost solicitați.

Nu în ultimul rând, autoritățile pe care ne bazăm foarte mult sunt: MS (care se implică în furnizarea medicației necesare), DSP-ul (care coordonează întreaga activitate de izolare, carantinare, anchete epidemiologice), consiliul judetean, primaria, poliția, jandarmeria, aceste ultime structuri fiind cele care ar putea limita foarte mult răspândirea bolii în locurile publice printr-o urmărire permanentă și atentă a zonelor cu risc și tragerea la răspundere a celor care nu respectă măsurile impuse.

În plus, pentru toți care lucrează în domeniul BI, la stressul dat de portul unor combinezoane, măști și ochelari se asociază și acela al neputinței în fața unei boli care lovește uneori necruțător indiferent de vârstă, de statut social sau de faptul că persoana lucrează sau nu în sistemul sanitar.

**Așa cum azi chiar și pe timp de pace se conferă grad de general în armată, acum, pe timp de pandemie se oferă ceva personalului din linia 1-a a luptei împotriva coronavirusului (medici, asistenţi, infirmieri, biologi, chimiștiș.a,), măcar un spor la salariu sau alte distincții?**

Intrând în sfera logistică, trebuie spus că pentru personalul care lucrează în domeniul Bolilor Infecțioase, s-a hotărât în urmă cu 3-4 ani să se diminueze sporurile de la 25% la un spor inacceptabil de mic, de –15%, în condițiile în care acesta a fost majorat foarte mult la alte specialități care nu erau nici pe departe la fel de expuse.

În afara patologiei caracteristice arealului românesc, trebuie menționate marile epidemii transfrontaliere, față de care a trebuit să fim pregătiți: pandemia SARS din 2003, MERS, febrele hemoragice cu virsul Ebola, virusul Crimeea-Congo, infecția cu C difficile etc.

O ultimă modificare de legislație oferă posibilitatea de a acorda un spor de 30% tuturor celor care îngrijesc pacienți cu COVID 19, atenuând astfel inechitatea existentă față de personalul din domeniu.

**Care au fost cele mai grele momente de până acum în lupta împotriva virusului?**

Cele mai grele momente cu care ne confruntăm în această perioadă sunt acelea în care am epuizat toate resursele terapeutice, am administrat tot ce era disponibil conform protocoaleor și pacientul are o evoluție nefavorabilă, necesită internare în terapie intensiva și în final decedeaza.

În plus, întâmpinăm dificultăți legate și de partea legislativă: pacienții nu înțeleg că trebuie respectate niste prevederi, se informează din diferite surse, preiau eronat anumite informații. Pe scurt, avem o activitate mult mai stresantă care ține atât de partea strict medicală cât și de necesitatea de a ne informa din perspectivă legislativă, de a ne acoperi pentru malpraxis, pentru că pacienții noștri sunt uneori foarte vehemenți chiar și atunci când știu că noi, ca medici, nu putem schimba regulamentele și legile.

**Cum apreciați reculul actual în lume în ceea ce privește tratamentul antibioterapeutic?**

În situația în care suntem confruntați cu infecții virale, există riscul utilizării inutile de antibiotice, a căror administrare nejustificată va contribui la pierderea bătăliei cu rezistența la antimicrobiene. Avem criterii pentru a stabili existența unei suprainfecții și necesitatea administrării de antibiotice. Și atunci când se decide o astfel de terapie trebuie să se aleagă antibiotice cu spectru cât mai limitat. Remarc la colegii infecționiști o frică în a administra antibiotice cu spectru larg, pe durate lungi de timp, consecința fiind nu doar dezvoltarea de rezistențe care au impact devastator asupra ecosistemului individual ci și apariția infecției cu Clostridium difficile, care vine să perturbe într-un mod greu de contracarat un organism afectat de infecția virală, aflat deja în cursul unui tratament care poate nu va mai fi tolerat.

# Tinerii de azi îmbatrânesc mai repede decât părinții lor

Adulții care au azi 30 de ani sunt într-o forma fizică atât de precară, încât, prin comparație cu starea părinților și a bunicilor lor când aceștia aveau 30 de ani, tinerii de azi au corpul cu 15 ani mai bătrân decât vârsta cronologică. Deci, la 30 de ani, corpul lor are, de fapt, 45 de ani. Desigur acest lucru nu este valabil pentru toți adulții tineri de azi dar, cu siguranță, este valabil pentru foarte mulți.

**Dr. Mariana Tent**
Dermatolog
www.reviderm.ro

Tinerii de azi au starea metabolică întâlnită în generațiile anterioare mult mai târziu în viață. Și, putem spune, generațiile anterioare nu erau nici ele modele de sănătate și îmbătrânire ideală.

Adulții care au azi 30 de ani, au șanse cu 20% mai mari să fie obezi, comparativ cu generațiile anterioare. Femeile care au azi 20 de ani au șanse duble (!) să fie obeze, comparativ cu femeile care aveau 20 de ani (doar!) acum 10 ani. Rezultate la fel de triste sunt cele care exprimă apariția hipertensiunii și a diabetului în generațiile tinere.

Frecvența obezității în categoria de vărstă 40 de ani este cea care se întâlnea în generațiile anterioare la 55 de ani. Cu cât aceste dezechilibre metabolice se instalează mai devreme în viață, cu atât șansa progresiei spre boli debilitante este mai mare.

Populația era cu 10% mai „grea" în 2008 față de 1971, deși consuma aceeași cantitate de alimente și desfășoară activitate fizică la un nivel aproape neschimbat. Rezultatele sugerează că menținerea unei greutăți corporale normale nu depinde doar de dietă și de activitatea fizică. Se pare că obezitatea este mult mai "complicată" decât suntem obișnuiți să credem. Va trebui să căutăm și alți vinovați.

**Consecințele?** Vom vedea… Să ne amintim: calitatea vieții depinde, în primul rând, de sănătate.

## Ce alți factori ar putea contribui la creșterea în greutate a populației? Să analizăm câțiva „suspecți"

Vârsta și greutatea mamei contează. Femeile au copii la vârste din ce în ce mai "înaintate". Copiii născuți de mame mai în vârstă au mai mult țesut adipos decât copiii mamelor mai tinere – mai ales dacă mama este și obeză.

Gustările înghițite "târziu în noapte" se lipesc. Organismul nu poate arde caloriile la fel de eficient în toate momentele celor 24 de ore. Noaptea metabolismul doarme, chiar dacă stăpânul este treaz și manâncă.

Înghițim o mulțime de medicamente și suplimente. Unele scad rata metabolismului și favorizează creșterea în greutate. Efectele diverselor medicamente variază de la o persoană la alta. Totuși, unele preparate sunt destul de constante în manifestarea acestui efect (ex. antidepresive, hipoglicemiante).

Poluanții! S-a descoperit că multe substanțe din mediu se amestecă în procesele metabolice, încetinindu-le. Aceste substanțe "obezogene" (compuși alimentari, farmaceutici, industriali) dezechilibrează metabolismul și favorizează creșterea în greutate. Compușii chimici artificiali sau "naturali" adăugați în alimente doar pentru a le face mai gustoase și mai arătoase, ce sunt?

Stil de viață: stress, viață agitată, somn insuficient. Poate exersăm la sală câteva ore pe săptămână. Dar cât timp petrecem într-o zi fără să mișcăm corpul (sau, poate mișcăm degetele pe tastatură…)? La birou, în fața calculatorului, în mașină, în fața televizorului…Este posibil să adunăm astfel destule zile pe care le încheiem cu un număr de calorii excedentare.

VEDRA INTERNATIONAL

OMNi BiOTiC® 10

# Relaxează-te în vacanță
# Fii fără griji cu
# Omni Biotic 10 în bagaj

Reface flora intestinală și reglează rapid tulburările de tranzit intestinal.

Institut AllergoSan

Acesta este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul/informațiile de pe ambalaj.