

156



# săptămâna MEDICALĂ

www.saptamanamedicala.ro

Nu îți neglija sănătatea: informează-te!

Suplimente alimentare 100% naturale  
din plante medicinale ayurvedice

## SLEMOL

### Siluetă fără riscuri!

- Stimulează arderea completă a grăsimilor și reglarea metabolismului;
- Contribuie la combaterea apetitului exagerat și a bulimiei nervoase;
- Ajută la reglarea digestiei și a tranzitului intestinal, la menținerea colesterolului în limite normale;
- Contribuie la eliminarea complicațiilor obezității.



www.star-ayurveda.ro  
natural@star-ayurveda.ro





Organizator:  
Societatea Română de  
Chirurgie Cardiovasculară

WWW.SRCCV.COM

# SRCCV 2012

## Al 8-lea Congres Național al Societății Române de Chirurgie Cardiovasculară

### Al 4-lea Simpozion al Asistenților de Chirurgie Cardiovasculară, ATI și Circulație Extracorporeală

Manifestări însoțite de o expoziție  
medicală specializată

20 - 23 septembrie 2012  
Hotel Sport, Poiana Brașov



#### Management Congres:

Ralcom Medical este Divizia de Evenimente Medicale a companiei Ralcom Exhibitions srl  
Str. Răspâniilor 20A, 020540 București - 2, România Tel: +40 21 210 50 14, 210 65 40;  
Fax: +40 21 212 27 02 [registrari@srccvcongres.ro](mailto:registrari@srccvcongres.ro) + [abstracte@srccvcongres.ro](mailto:abstracte@srccvcongres.ro)



## Schimbări profunde în Sănătate

Noul proiect de lege a sănătății, aflat în dezbatere publică, anunță a schimba profund regulile jocului în acest sector. Pacienții, unitățile medicale, asiguratorii și statul român vor intra într-o relație nouă, așa spune de normalitate, în ceea ce privește producerea, plata, controlul serviciilor de sănătate!

**Spitalele**, conform noii legi, nu mai sunt instituții bugetare, cu finanțare de la stat. Ele vor trebui să-și îmbunătățească serviciile pentru a atrage pacienții și astfel să-și asigure finanțarea. Vor dispărea vechile grile de salarizare, personalul sanitar va fi mai bine plătit și, în aceste condiții, se va reduce exodul medicilor către Vest.

**Pacienții** vor avea dreptul la servicii medicale de bază, dar prin coplată se va descuraja excesul de servicii. Servicii suplimentare va primi oricine face o asigurare suplimentară. Noua lege va proteja pacientul de erori medicale, fiind despăgubit pe baza unei asigurări de malpraxis obligatorie pentru medic.

**Societățile de asigurări** private vor prelua treptat (până în 2015) activitatea caselor județene. Pe o piață devenită astfel deosebit de concurențială, vor rezista doar acei asiguratorii care vor plăti servicii medicale reale și de calitate, astfel încât banul să fie cheltuit eficient. Există pârgii de scădere a costurilor sănătății inclusiv prin controlul periodic profilactic al populației asigurate.

**Statului**, în noua ordine, îi vor reveni stabilirea politicilor de sănătate la nivel național, finanțarea de la bugetul de stat a pachetelor de sănătate sociale și a programelor naționale de sănătate. Statul va face audituri în unități medicale care derulează servicii pentru pachetele de bază, pachetele sociale sau programele naționale.

Călin Mărcușanu

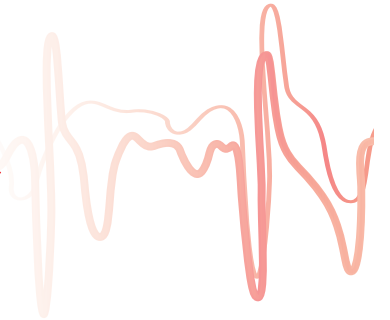
săptămâna  
**MEDICALĂ**

## Cuprins

Sănătatea unei persoane se decide în viața intrauterină . . . .	p4
Rinita alergică . . . . .	p6
Sarcina și bolile cardiovasculare . . .	p8
Aorta ascendentă – când și cum trebuie ea tratată . . .	p10
O revoluție în tratamentul hipertensiunii arteriale! . . . . .	p12
Tratamentul fibroamelor uterine . .	p14
Endometrioza . . . . .	p16
Implantul cohlear 2pg . . . . .	p18
Impactul otitei medii - studiu . . . .	p20
Puncția - biopsie transtoracică . . .	p22
Utilizarea inhalatorului cu sare uscată . . . . .	p24
Poligrafia respiratorie . . . . .	p25
Posturologia . . . . .	p26
Cum putem proteja aparatul hepato-biliar? . . . . .	p28
Alimente sănătoase specifice verii . . . . .	p30
Trusa de vacanță . . . . .	p32
Machiajul mineral - un machiaj ideal pe timpul verii . . . . .	p34

EDITOR Alea Negru Vodă nr.6, bl. C3,  
sc. 3, parter, 030775, sector 3,  
București  
Tel: 021.321.61.23  
Fax: 021.321.61.30  
[redactie@finwatch.ro](mailto:redactie@finwatch.ro)  
P.O. Box 4-124, 030775  
Tiraj: 25.000 ex.  
ISSN 2067-0508  
Tipar: Tipografia Everest

# „Sănătatea unei persoane intrauterină”



Interviu cu dr. Oana Chelemen, medic specialist Obstetrică-Ginecologie

În Centrul de Medicină Materno-Fetală Arcadia ajung femeile gravide, aflate în diferite stadii de sarcină, preocupate de sănătatea lor și mai ales a copilului care se va naște. Investigațiile de specialitate de care beneficiază aici permit evaluarea riscurilor sarcinii cu cel mai înalt grad de acuratețe permis de cercetările medicale actuale.

**D**r. Oana Chelemen, medic certificat de Fundația de Medicină Fetală (FMF) Londra după 3 ani de stagiu sub îndrumarea prof. Kypros Nicolaidis, crede în importanța acestui nou domeniu medical - medicina materno-fetală, în șansele pe care aceasta le oferă tinerelor mame și viitorilor prunci. Este un medic care a renunțat la Londra pentru a se dedica pacientelor din Iași și din alte zone ale țării care ajung la clinica Arcadia.

**Doamnă doctor, cât de devreme ar trebui o femeie gravidă să meargă la specialistul materno-fetal?**

Încă din primul trimestru de sarcină, la 11-14 săptămâni. Ideal, pacienta ar beneficia în prealabil de o ecografie de viabilitate fetală efectuată la 6-10 săptămâni, la medicul obstetrician curant sau la un specialist în medicina materno-fetală, care să confirme sarcina în evoluție și să efectueze datarea precisă a sarcinii, mai ales în situația femeilor cu menstrule neregulate.

La 11-14 săptămâni, majoritatea gravidelor vor fi clasificate ca având risc scăzut pentru complicații ale sarcinii și doar o mică proporție va fi selectată ca fiind cu risc înalt. La grupul de risc scăzut, numărul vizitelor medicale poate fi

reduc la maxim 3: la 20 săptămâni pentru evaluarea anatomiei, creșterii fetale și a riscului pentru naștere prematură; alta la 32-37 săptămâni, pentru estimarea statusului fetal și determinarea celui mai bun moment și mod de naștere; ultima - la 41 săptămâni, pentru puținele femei care ating această vârstă gestațională.

Grupul de risc înalt va beneficia de o supraveghere intensivă a sarcinii, realizată de către specialistul în medicina materno-fetală; acesta stabilește o strategie specifică patologiei fiecărui caz, ca ritm cât și conținut al controalelor antenatale.

Acesta este noul model de îngrijire prenatală, dovedit ca fiind cel mai eficient, bazat pe evaluarea complexă a riscului materno-fetal.

**Cum ați decis deschiderea unui centru de medicină materno-fetală în cadrul Maternității Arcadia?**

În primul rând pentru că la Arcadia, serviciile medicale specifice unei maternități sunt completate de această îngrijire antenatală avansată, aliniată standardelor internaționale. În ceea ce mă privește, realizez întreaga gamă de proceduri medicale de evaluare a riscului în sarcină. În ansamblu, prin diagnosticul precoce al anomaliilor congenitale și prin predicția precoce a **preclampsiei**<sup>1</sup> severe, a restricției de creștere fetală și a nașterii premature, vom putea identifica cazurile de sarcină complicate sau având risc înalt de complicații grave.

**Cum convingeți viitorii părinți să profite de avantajele medicinei materno-fetale?**

Informația precisă privind riscul fiecărei sarcini, pentru primele trei cauze de mortalitate și morbiditate neonatală este extrem de valoroasă pentru viitorii părinți.

Scopul major este de a obține familii perfect sănătoase. Totodată, diagnosticul prenatal al anomaliilor fetale costă infinit mai puțin decât nașterea și susținerea pe termen lung a un copil cu handicap; investiția în explorarea complexă a sarcinii încă din primul trimestru devine astfel foarte rentabilă, inclusiv la nivelul „facturii” publice, motiv pentru care voi pleda întotdeauna pentru un program național de screening prenatal aliniat standardelor internaționale de azi.

**Ce v-a determinat să vă specializați în medicina materno-fetală?**

Domeniul reunește unele atribute importante pentru mine: este de mare actualitate și evoluează extrem de rapid, impulsivat de o intensă activitate de cercetare, se bazează pe o tehnică avansată de examinare ecografică. Și apoi, cred că e dezideratul oricărui obstetrician să aibă o contribuție directă la derularea corespunzătoare a sarcinii și la nașterea unor copii sănătoși, iar medicina materno-fetală mă așează practic în prima linie a confruntării cu problemele de sănătate ce pot apărea la femeia însărcinată și la făt.

**Ați urmat un stagiu la Londra, sub îndrumarea celui care a întemeiat primul centru de Medicină Materno-Fetală din Marea Britanie și care a conturat această disciplină ca subspecialitate medicală distinctă. Cum a fost această experiență sub îndrumarea profesorului Kypros Nicolaidis?**

Extrem de solicitantă. Cu un program intensiv de studiu teoretic de specialitate și foarte multă practică. Cu un regim exigent de pregătire, foarte bine structurat, care a cerut de la noi performanță fără întreruperi, dar care ne-a oferit în schimb acces la progresele cercetării mondiale din domeniu. Cu o expunere continuă la cazuis-

tică normală și patologică materno-fetală, inclusiv forme foarte rare de sarcini anormale.

**De ce ați ales să reveniți în România și nu să profesați în Anglia?**

Trebuia să mă întorc! În România se nasc anual 2500-3000 copii cu handicap grav, din care 1000-1200 cu malformații cardiovasculare, care necesită rezolvare chirurgicală neonatală. Țara noastră are nevoie de specialiști în medicina materno-fetală; gândiți-vă că, în Anglia, fiecare secție de obstetrică a oricărui spital include astfel de specialiști. În România nu avem încă un program național de screening pentru sindromul Down, în timp ce în Marea Britanie acesta a fost introdus în anii '80, ca screening de trimestrul II biochimic și ecografic, iar în anii '90, ca screening de trimestrul I. România trebuie să parcurgă rapid pașii care o despart de standardele de procedură ale statelor avansate, atâta vreme cât aceste sisteme și-au dovedit eficiența și au avut un impact vizibil asupra sănătății populației tinere, născute în ultimele 2-3 decenii.

<sup>1</sup> **Preeclampsia** (numită și toxemie gravidică) - complicație ce survine în timpul sarcinii, caracterizată prin hipertensiune arterială (peste 140 mm Hg pentru maximă și de 90 mm Hg pentru minimă după a 20-a săptămână de sarcină), proteinurie (nivel ridicat de proteine în urină - peste 0,3 g în 24 ore) și edeme ale membrilor superioare și inferioare.



# Rinita alergică



Lector dr. **Mihaela Stoia**,  
Direcția de Sănătate  
Publică Sibiu  
medmuncii@dpsibiu.ro

Rinita alergică se caracterizează printr-o inflamație localizată, acută sau cronică a mucoasei nazale. Se manifestă printr-o serie de simptome (strănut, obstrucție și secreții nazale), în prezența unei substanțe străine, numite alergen. Cantitatea de alergen prezentă în aer și gradul de sensibilizare a persoanei influențează în mod decisiv apariția și gravitatea simptomelor.

**A**lergenul poate fi polenul, mucegaiul, scuamele animalelor, acarienii sau alte particule. Atunci când aceste substanțe intră în contact cu ochii sau cu căile respiratorii ale persoanei alergice, sistemul imunitar declanșează o reacție inflamatorie, dilatarea vaselor sangvine și creșterea secrețiilor.

Rinita alergică este deseori asociată cu o conjunctivită și cu alte patologii precum sinuzita și survine deseori la vârste cuprinse între 5 și 20 de ani.

## Clasificare

Există două tipuri de rinită alergică:

**Rinita alergică sezonieră (febra fânului)** – survine îndeosebi în timpul primăverii și verii, în timpul sezonului de înflorire a plantelor alergene. La începutul primăverii, cauza este reprezentată de polenul arborilor, în timp ce în luna iulie gramineele (ierburile, fânul și gazonul) declanșează reacțiile alergice.

**Rinita alergică perenă** – este cauzată de alergenii prezenți în mod constant în mediu: acarienii din

praful de casă, scuamele animalelor, mucegaiuri. Criza se declanșează deseori dimineața și se poate repeta de mai multe ori pe zi.

Rinita profesională este declanșată de expunerea la diverse substanțe alergene la locul de muncă. Semne și simptome  
Simptomele persistă atât timp cât persoana este expusă la alergenii:

- secreții nazale apoase,
- prurit (mâncărimi) nazale,
- congestie nazală,
- lăcrimare abundentă și înroșirea ochilor,
- strănuturi în cascadă,
- tensiune în regiunea sinusurilor,
- tuse,
- respirație șuierătoare (wheezing),
- alterarea gustului, acuității auditive și a mirosului (în special la copii),
- oboseala, iritabilitate și insomnie, atunci când simptomele durează câteva zile,
- cefalee (dureri de cap).

Perioada de timp dintre sensibilizarea față de un alergen și apariția simptomelor poate dura chiar și câțiva ani. De exemplu, chiar dacă un copil nu are probleme la contactul de lungă durată cu un animal de companie, acesta poate fi cauza unei rinite alergice recent diagnosticate.

## Tratamente

Evitarea expunerii la alergenii cunoscuți este prima etapă a tratamentului antialergic. Eliminarea alergenului nu este întotdeauna posibilă, cum este cazul alergiilor la polen.

## Tratamentul medicamentos

Diferite medicamente pot atenua simptomele

rinitei. Unele sunt administrate pe cale orală, altele sub formă de spray-uri nazale sau de picături.

**Antihistaminicele** – blochează eliberarea de histamină, o substanță ce provoacă simptomele alergice. Acționează asupra secrețiilor nazale, a pruritului și a strănuturilor.

**Decongestionantele nazale** – se găsesc sub formă de siropuri, de comprimate sau de spray-uri nazale. Sunt indicate doar ca măsură temporară și nu trebuie utilizate mai mult de 3 zile consecutive, deoarece pot antrena un fenomen de rebound.

**Corticosteroizii nazali** – sunt prescrise în caz de eșec al tratamentului cu antihistaminice, în special la persoanele care suferă de rinită alergică perenă.

**Cromoglicatul sodic** – se utilizează sub formă de spray nazal și picături oftalmice și împiedică eliberarea de histamină și alți mediatori chimici, inițiatori ai reacțiilor alergice. Deosebit de eficiente și de bine tolerate de copii, medicamentele care conțin cromoglicat sodic joacă un rol de prevenire a reacțiilor alergice.

## Terapia de desensibilizare

Atunci când cauza alergiei este bine definită, iar tratamentele medicamentoase nu sunt eficiente, se poate apela la o terapie de desensibilizare, care constă în injectarea unor doze progresive de substanțe alergene. Terapia este eficientă îndeosebi în cazurile de alergii la polen sau acarieni.

## Factori de risc

- ereditatea joacă un rol important în apariția alergiilor, inclusiv a rinitei alergice. Dacă unul din părinți suferă de un tip de alergie, riscul la copil este de cca 50%, iar dacă ambii părinți sunt alergici, riscul de apariție a unei alergii la copil ajunge la 80%;
  - expunerea repetată la pneumalergenii;
  - expunerea la fumul de țigară, în special în primii ani de viață, dar și la alte substanțe iritante ale căilor respiratorii;
  - abuzul de decongestionante topice (spray-uri nazale) poate agrava starea mucoaselor nazale, ducând prin urmare la apariția rinitelor.
- Măsuri pentru reducerea frecvenței și intensității simptomelor

## Polenul și mucegaiurile

- evitarea activităților care expun la o cantitate mare de polen (tunderea gazonului, cositul, plivitul etc.);
  - menținerea unui nivel de umiditate mai scăzut de 50%;
  - evitarea uscării rufelor afară, deoarece polenul se poate depune pe rufe;
  - păstrarea unui număr mic de plante de apartament și eliminarea ghivecelor din argilă - pentru a evita mucegaiul
- Concentrația de polen în aer este mai scăzută în timpul sau după o ploaie.

## Acarienii

- spălarea frecventă a lenjeriei de pat cu apă caldă (cel puțin 54°C);
- acoperirea saltelelor de pat cu huse antiacarieni;
- menținerea unui nivel de umiditate mai scăzut de 50%;
- utilizarea unui aspirator dotat cu un filtru de calitate;
- evitarea covoarelor și a draperiilor bogate în dormitor;
- pentru a distruge acarienii și larvele de acarieni aflate în jucăriile din pluș, acestea pot fi ținute în congelator timp de 72 ore. Operația poate fi repetată la fiecare trei luni.



# Sarcina și bolile cardiovasculare

**Dr. Corina Popa, medic specialist cardiolog, Clinica Medas Unirea**

Trăim în "secolul vitezei", toate se desfășoară aparent mai repede, timpul pare că este neprielnic cu noi, suntem din ce în ce mai stresați, mâncăm mai puțin sănătos, suntem sedentari, petrecem din ce în ce mai mult timp la serviciu și uităm că îmbătrânim. Astfel, târziu realizăm că rolul femeii este și cel de a deveni mamă, iar când ajungem să ne dorim aceasta, depășim deja "un pic" vârsta optimă pentru o sarcină, în majoritatea cazurilor. Acesta este poate un factor determinant în creșterea numărului de afecțiuni cardiovasculare asociate sarcinii, în ciuda progresului important al medicinei din ultimul timp.

**B**olile cardiovasculare reprezintă cauza principală de mortalitate maternă în timpul sarcinii. Statisticile Societății Europene de Cardiologie indică aproximativ 60% dintre afecțiunile cardiovasculare asociate sarcinii ca fiind congenitale, restul de 40% fiind dobândite în cursul vieții.

Leziunile congenitale de cord sunt reprezentate de modificări în structura și funcția aparatului cardiovascular, care sunt prezente de la naștere. În principal, rar se întâmplă ca acestea să nu fie cunoscute până la vârsta maternității. Majoritatea femeilor care suferă de maladii congenitale de cord sunt familiarizate cu controalele medicale, își cunosc foarte bine boala, colaborează strâns cu cardiologul care le are în evidență și, chiar dacă afecțiunea cardiacă în sine se poate agrava în timpul sarcinii, urmărirea atentă, în echipă, de către obstetrician, cardiolog și viitoarea mămică poate preveni complicații majore. Nu trebuie să uităm că "acceptul cardiologului" de a permite o sarcină unei astfel de paciente este

esențial și că o discuție prealabilă cu medicul cardiolog este binevenită. Rămân puține cazuri în care afecțiunea cardiovasculară congenitală este neglijată și descoperită în timpul sarcinii, aceasta fiind adesea o problemă de atitudine medicală ulterioară. Este frecvent cazul mediilor defavorizate, în care necunoașterea împiedică un consult medical până la o vârstă adultă, vârsta "viitoarei mămici" fiind de obicei mică. O problemă importantă este și atunci când viitoarea mamă cunoaște afecțiunea cardiacă de care suferă și posibilitatea de a contraindica o sarcină în prezența acesteia, dar, din diferite motive, ascunde realitatea până când decizia medicală devine extrem de dificilă.

În majoritatea cazurilor de afecțiuni congenitale cardiace materne, sarcina este bine tolerată, necesitând însă o urmărire riguroasă, în echipă multidisciplinară, care include medic obstetrician, cardiolog, anestezist, neonatolog și, bineînțeles, genetician. Există riscul ca anumite afecțiuni să se transmită și la făt, astfel că acest lucru va trebui urmărit cu atenție.

În cazul unor afecțiuni dobândite cardiovasculare, acestea trebuie corect evaluate ca severitate anterior sarcinii, de asemenea consultul cardiologic fiind esențial înaintea hotărârii de a aduce o viață pe lume. Creșterea vârstei viitoarei mame determină o asociere mai frecventă a diabetului, obezității, valvulopatiilor și, nu în ultimul rând, a bolii cardiac-ischemice. Hipertensiunea arterială poate fi prezentă anterior sarcinii sau poate apărea după vârsta de 20 de săptămâni a sarcinii și pune în pericol atât viața mamei cât și a copilului (în această situație fiind vorba de hipertensiune arterială indusă de sarcină). Indiferent că hipertensiunea este prezentă anterior sau apare în perioada de sarcină, aceasta trebuie corect tratată și urmărită pe toată perioada. Nu trebuie neglijat faptul că multe medicamente sunt con-

traindicate în sarcină, însă nu toate sunt "otrăvă", medicul fiind cel care poate găsi soluția terapeutică salvatoare, cu cele mai puține efecte adverse.

Am vrut să subliniez, cu aceste date, că a fi mamă impune o mare responsabilitate chiar înainte de a se împlini actul procreării. Aceasta impune o grijă deosebită pentru sănătatea mamei și controale riguroase, pentru ca evoluția să fie cea dorită. Dacă vă doriți o sarcină și știți că suferiți de o afecțiune cardiacă (congenitală sau dobândită), înaintea deciziei finale trebuie să vă prezentați la o consultație la un medic cardiolog. Un consult cardiologic de rutină, care să includă și câteva analize de rutină, este recomandat anterior sarcinii, mai ales dacă aveți vârsta peste 30 ani. De asemenea, evaluarea riguroasă pe toată perioada sarcinii este obligatorie. Este bine să ascultați de medicul dumneavoastră și nu de vecinele mai în vârstă, care nu întotdeauna vă dau sfatul cel mai corect, chiar dacă nu sunt rău intenționate. De asemenea, dacă urmați un tratament cronic (de o perioadă lungă de timp), trebuie să fiți evaluată anterior sarcinii, pentru că unele medicamente pot determina malformații fetale, mai ales luate în primul trimestru de sarcină. Acest lucru nu înseamnă să întrerupeți orice medicație de la sine, unele medicamente pot fi esențiale pentru sănătatea dumneavoastră și aproape întotdeauna există soluția înlocuirii unui medicament cu altele, care să nu pună sănătatea copilului dumneavoastră în pericol. Trebuie să știți că, în sarcină, în urma modificărilor survenite în organismul dumneavoastră, pentru a putea susține două vieți oboseala intervine mai ușor și inima vă bate mai repede ca de obicei, aceste lucruri fiind de obicei normale, mai ales în ultima perioadă de sarcină. Dacă senzația de oboseală vi se pare importantă, e bine totuși să solicitați un consult cardiologic. În sarcină, tensiunea arterială trebuie să fie mai mică de 140/90mmHg și este importantă urmărirea ei riguroasă pe toată

perioada sarcinii. Umflarea picioarelor (edemele) apare frecvent, în special în ultimul trimestru de sarcină, fără să fie un semn rău. E bine să comunicați cu medicul dumneavoastră, care trebuie să fie informat despre tot ceea ce simțiți și tot ce credeți că e normal sau nu.

Nu contează vârsta mamei, ci maturitatea acesteia, care se va reflecta asupra sănătății ei și a copilului care urmează să apară, luminându-i viața.



# Aorta ascendentă

## – când și cum trebuie ea tratată

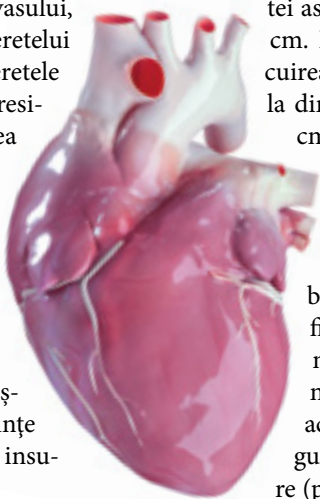


**Dr. Alexandru Vasilescu**  
Șeful Secției Chirurgie  
Cardiovasculară  
Clinicco, Brașov

Diametrul „normal” al aortei crește odată cu vârsta, ca urmare a acțiunii a doi factori: tensiunea parietală și slăbirea rezistenței peretelui aortic odată cu îmbătrânirea.

**T**ensiunea parietală este o mărime fizică ce acționează asupra pereților unui vas (nu doar de sânge, ci orice vas, inclusiv un alt organ cavită, precum stomacul sau intestinul) și care depinde, conform legii lui Laplace, de trei parametri: presiunea din interiorul vasului, diametrul vasului și grosimea peretelui vasului. Tensiunea parietală din peretele aortic este determinată deci de presiunea sângelui din aortă („tensiunea sistemică”), de grosimea peretelui aortic și de diametrul aortei. Creșterea diametrului aortei va avea drept consecință creșterea tensiunii parietale. Astfel, pe măsură ce diametrul aortei crește, se va mări și rata sa de creștere. O aortă nu poate crește oricât. Creșterea în exces are două consecințe majore: ruptura aortei și apariția insuficienței aortice.

Ruptura peretelui aortic este un fenomen dramatic, ce poate cauza rapid decesul pacientului, în lipsa unei intervenții urgente și de foarte mare amploare - ale cărei rezultate sunt mult inferioare unei intervenții programate, electivă. Este foarte important de știut că majoritatea pacienților cu anevrisme de aortă ascendentă netratați



chirurgical mor prin ruptura acestor anevrisme. Este de reținut că o aortă dilatată trebuie înlocuită înainte de apariția rupturii sale. Știm astăzi că ruptura spontană (netraumatică) a aortei este excepțională la dimensiuni inferioare unui anumit prag. Acest prag este însă diferit la diferite categorii de pacienți. Astfel, la pacienții cu afecțiuni ale țesutului conjunctiv (sindrom Marfan și alte sindroame înrudite, bicuspidie aortică etc.), aorta are tendința de a se rupe mai devreme (la dimensiuni mai mici). În consecință, la acești pacienți indicația de înlocuire a aortei ascendente dilatate se recomandă mai devreme. În general, valoarea de reper a diametrului aortic este de 5 cm. La pacienți mai tineri și în special la cei cu boli ale țesutului conjunctiv (tip sindrom Marfan) se recomandă înlocuirea aortei ascendente de la diametre de 4,3-4,5 cm. De asemenea, se recomandă înlocuirea profilactică a aortei ascendente de la dimensiuni mai mici de 5 cm (4-4,5 cm la pacienți cu bicuspidie aortică și 4,8 cm la alți pacienți) cu ocazia unei intervenții chirurgicale cardiace pentru o altă leziune.

Ca o concluzie, o aortă mărită trebuie urmărită ecografic regulat. Dat fiind faptul că ruptura este excepțională, în mod obișnuit, la dimensiuni mai mici de 5 cm, se recomandă ca acești pacienți să se adreseze chirurgului cardiac doar în cazuri particulare (pacienți tineri, în sindromul Marfan sau alte sindroame înrudite, disecție cronică a aortei ascendente etc.). Având în vedere însă riscul de ruptură considerabil la dimensiuni mai mari (dimensiunea medie la care se rupe aorta ascendentă este de 5,9 cm), se recomandă rezolvarea chirurgicală a anevrismelor de aortă ascendentă la dimensiuni mai mari de 5-5,5 cm.



SOCIETATEA  
ROMÂNĂ  
DE REUMATOLOGIE

# CONGRESUL NAȚIONAL

## DE REUMATOLOGIE

25-27 octombrie 2012

Muzeul Național de Artă, București  
sala Auditorium

Înscrieri:  
[www.srreumatologie.ro](http://www.srreumatologie.ro)

### Secretariat organizatoric:

Ella Traveland  
tel: 021 315 65 11  
fax: 021 315 65 37  
Persoană contact: Andra Greu  
e-mail: [congres2012@srreumatologie.ro](mailto:congres2012@srreumatologie.ro)

# Revoluție în tratamentul hipertensiunii arteriale!

**Dr. Rareș Nechifor**

*Medic Primar Radiologie Intervențională*

Hipertensiunea arterială este o afecțiune frecventă și cu consecințe grave. Se apreciază că peste un miliard de oameni suferă de această afecțiune în întreaga lume. Aproape jumătate dintre europeni sunt hipertensivi! Mai grav este faptul că majoritatea persoanelor afectate nu știu că sunt bolnave, își ignoră afecțiunea, sau urmează un tratament inefficient. Deși este percepută ca o boală banală ce se tratează prin regim alimentar și pastile, în realitate este un "silent killer", fiind cel mai important factor de risc pentru bolile cardiovasculare. În fiecare an mor prin infarct miocardic 1,97 milioane de europeni și alți 1,24 milioane prin accidente vasculare cerebrale. Principalul vinovat este hipertensiunea arterială!

**T**ratamentul obișnuit înseamnă dietă fără sare și medicamente: unul, două, trei, sau chiar mai multe medicamente luate zilnic toată viața. Nu este un tratament ușor de urmat și nu este nici ieftin, ceea ce face ca, în practică, din trei persoane hipertensive doar două să urmeze un tratament. Iar dintre aceste două persoane, una urmează un tratament incorect și deci inefficient. Rămâne o singură persoană din trei la care medicamentele sunt eficiente! Celălalte două se expun unui risc cardiovascular cu atât mai mare cu cât tensiunea arterială are valori mai mari. Se consideră că fiecare creștere a valorilor tensiunii arteriale cu 20/10 mm Hg dublează riscul de deces printr-o afecțiune cardiovasculară pe o perioadă de zece ani! Sunt multe persoane ce "conviețuiesc" cu o tensiune arterială de 160/100 (mmHg) și consideră că

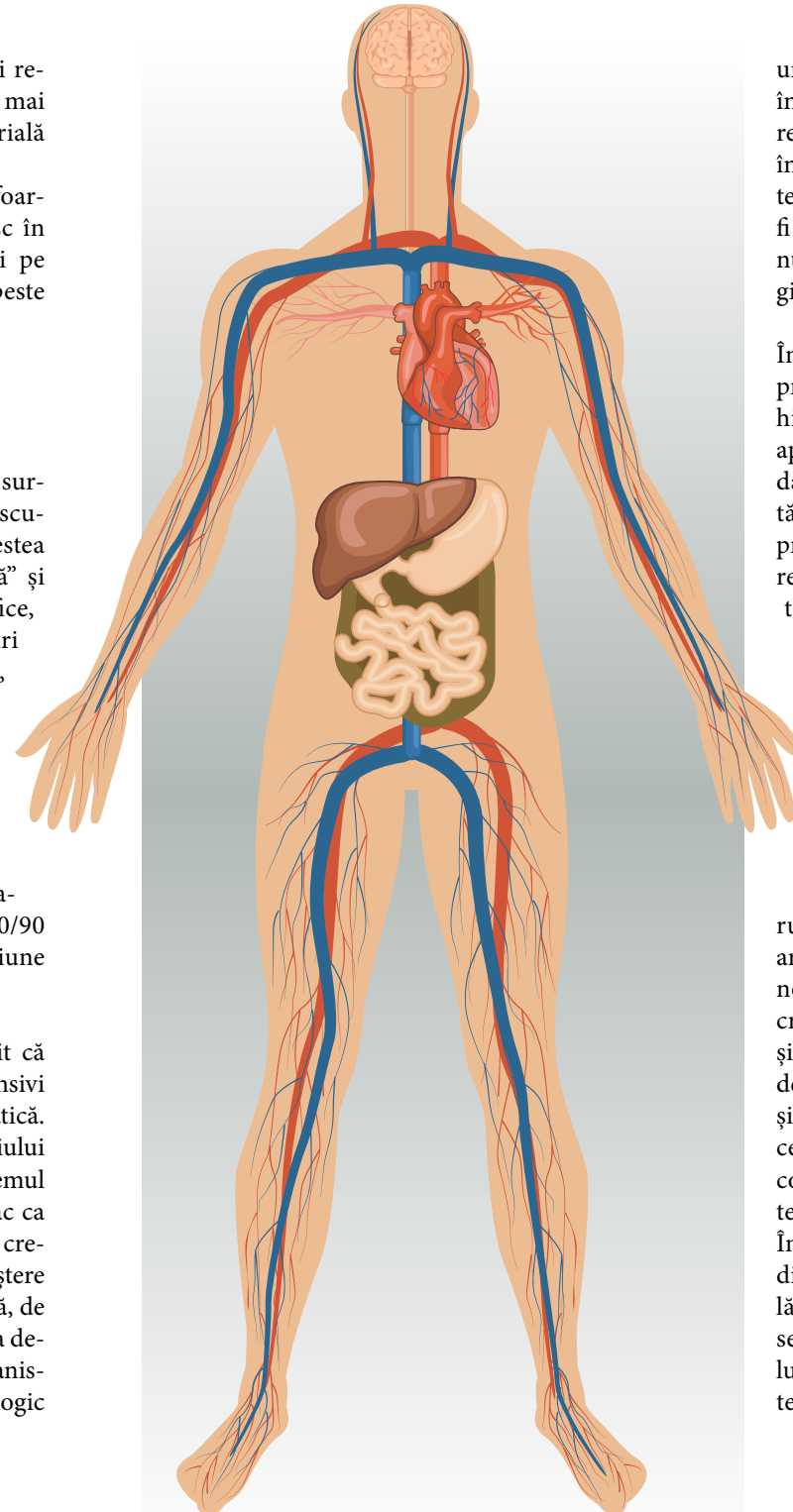
este acceptabilă. Câți dintre acești pacienți realizează că au un risc de deces de două ori mai mare decât dacă ar fi avut o tensiune arterială normală?

Tratamentul medicamentos înseamnă și foarte mulți bani cheltuiți. Anual se cheltuiesc în lume aproximativ 500 miliarde de dolari pe tratamente antihipertensive ce sunt, în peste jumătate din cazuri, inefficiente!

## Care sunt cauzele hipertensiunii arteriale?

La această întrebare răspunsul este poate surprinzător. Cauza hipertensiunii este cunoscută numai pentru 5% dintre bolnavi! Acestea sunt cazurile de hipertensiune "secundară" și acestea beneficiază de tratamente specifice, particulare. În restul de 95% dintre cazuri (diagnosticate ca "hipertensiune primară"), cauza declanșării bolii rămâne necunoscută. Tratamentul hipertensiunii implică variate combinații de medicamente ce acționează prin mecanisme diferite. Dacă un pacient primește cel puțin trei medicamente diferite, în doze corespunzătoare, dar nu se obține reducerea tensiunii arteriale la valoarea considerată normală (sub 140/90 mmHg), se consideră că are o "hipertensiune rezistentă la tratament".

Încă din anii '20 cercetătorii au descoperit că la marea majoritate a pacienților hipertensivi există o dereglare numită hipertonie simpatică. Aceasta înseamnă că de la nivelul rinichiului pleacă spre creier prin anumiți nervi ("sistemul simpatic") semnale de alarmă eronate ce fac ca centrul de comandă al tensiunii arteriale din creier să comande către inimă și rinichi o creștere a tensiunii arteriale. Aceste studii ne spun că, de fapt, hipertensiunea arterială este consecința dereglării mecanismelor renale prin care organismul își măsoară tensiunea arterială. Pasul logic



următor a fost să se intervină chirurgical pentru întreruperea acestor filete nervoase renale, iar rezultatele au fost obținute imediat, pacienții înregistrând o reducere semnificativă a valorilor tensiunii arteriale. Din păcate metoda nu a putut fi pusă în practică fiind mult prea agresivă, cu numeroase complicații cauzate de actul chirurgical. A fost abandonată și oarecum uitată.

În anul 2007 a fost găsită soluția pentru această problemă! Până în prezent au fost tratați pentru hipertensiune rezistentă în Europa și Australia aproximativ 2000 de pacienți, printr-o metodă nouă, inovatoare, ce permite tocmai această reducere a hipertoniilor simpatică printr-o procedură relativ simplă numită "Denervare renală" (RDN). Tratamentul constă în ablația terminațiilor nervoase renale pe cale endovasculară. Internarea în spital este de 24 de ore.

Intervenția durează 45 de minute, pacientul este treaz, nu există tăieturi și nici anestezie generală. Procedura necesită numai o mică înțepătură la nivelul piciorului. De la acest nivel noi navigăm prin interiorul vaselor de sânge până la nivelul arterelor renale. Se introduce o sondă ce produce o undă de radiofrecvență ce încălzește și întrerupe anumite terminații nervoase din peretele arterelor renale. Aceste terminații sunt cele vinovate de comenzile greșite date creierului de a crește tensiunea arterială. Apoi se scoate sonda și se face un mic pansament la nivelul locului de puncție. Pacientul pleacă din spital a doua zi și revine imediat la viața de zi cu zi, nefiind necesară o perioadă de recuperare. Se efectuează controale clinice repetate și se monitorizează tensiunea arterială.

În decurs de câteva săptămâni, la peste 80% dintre pacienții astfel tratați, tensiunea arterială scade în medie cu 32/12 mmHg iar rezultatul se menține indefinit. Pacienții astfel tratați vor lua mai puține medicamente sau chiar vor putea renunța la tratamentul medicamentos.

# Despre tratamentul fibromului uterin

**Dr. Rareș Nechifor**  
Delta Hospital București

Fibromul uterin este o afecțiune frecventă! Peste 50% dintre femei pot descoperi, la un examen ecografic, unul sau mai mulți noduli. Este necesar tratamentul? Uneori da, uneori nu...

La început, prezența fibroamelor nu vă supără, dar, pe măsură ce fibromul crește, apar și simptome precum ciclul abundent, dureros, mărirea abdomenului, urinat frecvent etc.

Atunci el trebuie tratat!

Dar cum?

Există trei tipuri principale de tratament:

- tratamentul medicamentos,
- tratamentul chirurgical,
- **embolizarea uterină** (tratamentul endovascular).

**Care tratament este cel mai potrivit pentru dumneavoastră?**

La ce rezultate puteți spera?

Cu ce riscuri?

Cu ce complicații?

Cine stabilește acest tratament?

Pe ce se bazează recomandarea primită?

Ce trebuie să faceți?

**Am să încerc să răspund, povestindu-vă traseul obișnuit al multora dintre pacienți:**

La un control ginecologic de rutină vi se dă vestea că aveți un "uter fibromatos". Veți face o ecografie și veți descoperi unul sau mai mulți noduli de câțiva centimetri. Medicul ginecolog vă spune "Stați liniștită, sunt mici și nu trebuie operați. Faceți acest tratament cu anticoncepționale pentru a nu-i lăsa să crească". Și veți urma tratamentul hormonal (cu efectele lui adverse) pentru câțiva ani, până când ciclul începe să fie tot mai abun-

dent. Ecografia ne spune că fibromul a mai crescut, iar medicul vă dă o rețetă cu medicamente hemostatice, care să reducă sângerarea. Un timp urmați tratamentul și vă simțiți mai bine, dar treptat simptomele reapar, abdomenul crește în volum, apare balonarea și urinatul frecvent. Devine evident că tratamentul medicamentos nu vă rezolvă problema. Calitatea vieții dumneavoastră va avea de suferit. La o nouă vizită la medic vi se va spune "Ați stat prea mult! Fibromul este mare și trebuie operat! Vom încerca să salvăm uterul, dar numai intraoperator vom vedea dacă acest lucru este posibil. Oricum, aveți copii, deci nu vă mai trebuie! Scoțând uterul vom fi siguri că nu faceți nici cancer" O parte dintre dumneavoastră veți accepta operația. Poate și pentru că a făcut-o și mama dumneavoastră, și câteva cunoștințe, dar mai ales pentru că nu aveți alternativă. Veți face histerectomie, adică vi se va scoate uterul, uneori și ovarele. Problema fibromului va fi definitiv rezolvată, însă vor începe altele noi: recuperarea, menopauza, probleme psihoemoționale și de sexualitate.

O parte dintre dumneavoastră nu vor accepta acest scenariu. Femeile care-și doresc un copil, cele care refuză tratamentul hormonal sau intervenția chirurgicală vor căuta alte soluții! Pentru că scoaterea uterului nu poate să fie soluția corectă! Poate că era acum 100 de ani, dar nu acum! Veți căuta pe net, pe forumuri, veți descoperi tratamentele naturiste, homeopate, acupunctura, ablația cu ultrasunete (HIFU), dar și **embolizarea uterină**. Veți întreba medicul dumneavoastră ginecolog și veți primi, de cele mai multe ori, un răspuns evaziv. Alteori, unul iritat. Puțini va vorbi despre **embolizarea uterină**, cu toate că această procedură este inclusă în ghidurile terapeutice (american, britanic, elvețian etc.) între soluțiile de primă alegere în terapia fibromului uterin. Îi salut cu respect pe medicii care își respectă paciențele și își fac datoria de a le informa corect și complet. Pentru că scoaterea uterului nu este, de

cele mai multe ori, necesară! Ghidul NICE (Marea Britanie - 2007) cere medicului ginecolog ca fiecărei femei cu un fibrom uterin mai mare de 3 cm să i se prezinte toate cele trei alternative terapeutice mari, nu numai histerectomia!

## În concluzie:

Nu există un tratament medicamentos eficient! Toate aceste tratamente au un rol simptomatic, dar nu unul curativ. Urându-l, nu trebuie să vă așteptați la o rezolvare a problemei, ci doar la amânarea unui tratament mai agresiv. Tratamentul medicamentos este recomandat în principal persoanelor aflate în apropierea menopauzei, cu fibroame care nu creează mari probleme. Odată cu menopauza, acestea vor intra în mod natural într-un proces de involuție.

Tratamentele alternative și naturiste sunt subiecte ce nu intră în sfera mea de competență. Dintre miile de pacienți cu care am discutat și pe care le-am tratat, o parte au urmat un astfel de tratament. Rezultatele au fost comparabile cu cele ale tratamentului medicamentos clasic (reducerea sângerărilor și a vitezei de creștere a fibromului), dar fără efectele adverse ale acestuia. De aceea îl consider un tratament simptomatic cu indicații similare cu ale celui medicamentos.

Dacă scoaterea uterului nu reprezintă o problemă pentru dumneavoastră, atunci intervenția chirurgicală vă oferă o rezolvare eficientă. Totuși, trebuie să înțelegeți că este vorba despre o intervenție chirurgicală amplă, care nu este lipsită de riscuri și posibile complicații (riscul anesteziei generale, al sângerării și transfuziei

de sânge, riscul de apariție a infecției, a aderențelor și cicatricilor postoperatorii etc.). Pe termen lung, cel mai important efect este instalarea menopauzei, ceea ce echivalează cu o îmbătrânire prematură și accelerată. Histerectomia înseamnă și pierderea fertilității.



HIFU este o procedură terapeutică modernă, cu anumite indicații particulare (fibroame unice, slab vascularizate, localizate pe fața anterioară a uterului). Procedura se află în faza experimentală, ale cărei rezultate se află în curs de evaluare. Probabil că, în momentul în care limitările tehnice prezente vor fi depășite, va intra în practica terapeutică curentă.

**Embolizarea uterină** este un tratament relativ modern, practicat în lume de 15 ani. Eu practic această intervenție de 10 ani și am tratat până în prezent peste 5000 de pacienți. În esență, embolizarea este un tratament la fel de eficient, dar mult mai puțin agresiv comparativ cu cel chirurgical: fără anestezie generală, fără bisturiu, fără scoaterea uterului, fără imobilizare la pat. În spital se stă doar o noapte, recuperarea este rapidă, în câteva zile. Procedura constă în astuparea (embolizarea) vaselor de sânge ce alimentează fibromul. Acesta nu mai este hrănit și intră într-un proces de involuție și de resorbție progresivă. Sunt tratate simultan toate fibroamele, indiferent de număr, dimensiune, localizare. Fertilitatea pacientei nu este în general afectată - dimpotrivă, am multe pacienți care au născut copii sănătoși după embolizare, în condițiile în care chirurgul le recomanda cu căldură scoaterea uterului.



# Endometrioza

**Dr. Tarig Massawi**

Medic primar Obstetrică-Ginecologie  
Competența ecografie OG

Endometrioza a atras întotdeauna atenția asupra asocierii ei foarte frecvente cu starea de infertilitate la femeile atinse de această afecțiune. Dacă în trecut ea a fost - dacă nu pur și simplu ignorată - cel puțin considerată o afecțiune benignă, în ultimii ani elucidarea a numeroase mecanisme imunologice, genetice, endocrine, toxice, biochimice sau embriologice, care joacă un rol primordial atât în etiopatogenia endometriozei cât și în apariția sterilității în cursul acestei afecțiuni, a condus la apariția în prezent a unei percepții cu totul noi asupra impactului acestei boli, nu numai asupra stării de sănătate a pacientelor, dar și asupra unor indici de importanță socială, precum fertilitatea, capacitatea de muncă etc.

**D**acă în trecut caracterul distorsionant al acțiunii leziunilor endometrioze asupra arhitecturii normale a organelor pelviene era considerat a fi unica explicație a apariției sterilității la femeile afectate, în prezent descoperirea unei asocieri crescute a sterilității cu formele minime, incipiente, ale endometriozei a ridicat noi semne de întrebare, care au condus la rândul lor la deschiderea a noi piste de cercetare și a unor noi căi ce permit elucidarea mecanismelor prin care endometrioza poate determina apariția infertilității.

În continuare vom trece în revistă fiecare dintre cauzele apariției infertilității la femeile cu endometrioza, așa cum sunt ele propuse de echipele de cercetare care se ocupă de aceasta problemă. Am preferat termenul de infertilitate, definit în acest articol drept incapacitatea femeii de a duce

o sarcină la termen, și nu pe cel de sterilitate, definit drept incapacitatea ovulelor femeii de a fi fecundate din varii motive, intrinseci sau extrinseci, deoarece primul termen are o acoperire mai largă în ceea ce privește mecanismele apariției acestei stări (incluzând de exemplu avortul menstrual, care nu poate fi disociat clinic de apariția menstruației cauzate de lipsa fecundării ovulului), dar și datorită faptului că endometrioza poate influența nefast soarta ovulului și după fecundarea acestuia și chiar după implantarea embrionului!

Rolul endometriozei în apariția infertilității nu este pe deplin cunoscut. Teoriile actuale susțin că aceasta este cauzată de substanțele produse de țesutul endometrial din pelvis care interferează cu producția de hormoni și cu funcția trompelor, precum și de prezența anumitor tipuri de celule în fluidul peritoneal, care pot să distrugă spermatozoidii sau ovulul. De asemenea, este recunoscută capacitatea endometriozei de a provoca leziuni și cicatrizări defectuoase ale organelor pelviene, cu apariția unor aderențe care interferează cu funcția normală a trompelor și ovarelor. În mare, apariția infertilității în cursul acestei afecțiuni are trei mari cauze, și anume:

- modificări hormonale (endocrine),
- tulburări imunologice,
- distorsiuni arhitecturale anatomice ale organelor pelviene.

În tabelul următor sunt trecute în revistă toate mecanismele postulate până în prezent a avea un rol în apariția infertilității în cursul endometriozei.

Endometrioza înseamnă prezența glandelor mucoasei uterine în afara uterului. Se întâlnește în 7-10% cazuri din întreaga populație, la 20-50% dintre femeile infertile, și la 80% dintre femeile cu durere pelvină cronică.

Impactul durerii severe este agravat de impactul negativ al bolii asupra fertilității.

## Simptome:

- Durerea ciclică - durerea care însoțește sângerea în momentul menstruației.
- Durerea cronică - este corelată cu nivelul de infiltrare a țesuturilor.
- Dismenoreea - durerea din timpul menstruației, de obicei apare înaintea menstruației.
- Dispareunia - durere în timpul contactului sexual - din cauza infiltrării ligamentelor uterine, fundurilor de sac vaginale și retroversiei uterine.

## Stabilire diagnostic prin:

Ecografia - vizualizează chisturile ovariene.

RM - vizualizează chisturile ovariene, endometrioza recto-vaginală și infiltrarea fundurilor de sac vaginale.

CA 125- marker cu sensibilitate scăzută, totuși arată prognosticul bolii după tratament.

## Complicațiile bolii:

- Infertilitatea și subfertilitatea
- prin aderențe ale trompelor și ovarelor,
- motilitatea tubară și funcția ovariană alterate.

## Tratament medicamentos

- Anticoncepționalele orale, timp de 6-12 luni, pun în repaus ovarul, scad rata de apariție a durerii și protejează femeia de apariția cancerului epitelial ovarian.
- Progestativele administrate continuu scad senzația dureroasă și inhibă proliferarea mucoasei uterine.
- Analozi de GnRH scad simptomele dureroase, dar eficacitatea lor asupra fertilității nu a fost demonstrată. Tratamentul este administrat doar 6 luni, din cauza reacțiilor adverse - demineralizare osoasă, bufeuri, uscăciune vaginală.
- Danazolul inhibă FSH și LH-ul. Este cel mai eficace mijloc terapeutic, dar și cu multiple reacții adverse. Totuși, doze mici au fost utilizate cu succes.

## Tratamentul chirurgical

- vârsta, dorința de a avea sau nu copii și calitatea vieții sunt principalele criterii de urmărit când vine vorba de radicalitatea intervenției chirurgicale.

- Laparoscopia este de primă intenție atunci când dorim un tratament conservator.
  - » se poate practica ablația nervilor răspunzători de simptomele dureroase, dar cu beneficii reduse;
  - » cauterizarea focarelor endometrioze, desființarea aderențelor.
- Chirurgia semiconservativă se pretează la femeile care nu mai doresc o sarcină, dar care sunt prea tinere pentru a intra la menopauză și care au simptome debilitante. Aceasta constă în histerectomie totală (îndepărtarea uterului) și ablația focarelor endometrioze, cu păstrarea ovarelor. Totuși, s-a observat o rată de recidivă de 6 ori mai mare la cele la care nu s-a practicat ovariectomia.
- Chirurgia radicală constă în histerectomie totală, cu anexectomie bilaterală și citoreducția focarelor endometrioze. Terapia cu estrogeni poate fi imediat instituită, pentru a evita simptomele menopauzei.

Tratamentul chirurgical în endometrioza ușoară și medie produce o creștere a ratei sarcinii de 2.7 față de pacientele care au urmat doar tratament medicamentos. Tratamentul adecvat trebuie să ducă la scăderea/dispariția simptomelor dureroase, precum și la creșterea ratei sarcinii.



# Implantul cohlear – o minune necesară

Interviu cu dl. conferențiar universitar, medic primar ORL, **dr. Dan Cristian Gheorghe**



Spitalul MS Curie a început de câțiva ani aplicarea implantului cohlear la copii. Ne puteți spune ceva despre rezultate?

- Rezultatele acestui tip de intervenție nu se văd imediat. Prima constatare pe care am avut-o a fost evoluția lipsită de complicații a copiilor implantați. Am păstrat apoi legătura cu pacienții, mergând la activarea implanturilor și cu medicul audiolog, care s-a ocupat de monitorizarea lor, pentru a observa eficiența. Când am început să aflu despre performanțele copiilor operați, la aproximativ 5-6 luni de la intervenție, am fost extrem de încântat să constat că efortul concertat - al meu, al audiologului, al echipei de logopedie și al familiei - făcuse minuni. Asta mi-a dat încredere că sunt pe drumul cel bun. Evident, procedura nu este simplă. Intervenția este complexă și reeducarea auditivă un proces îndelungat. Rezultatele însă m-au convins că merită tot efortul acești copii, care doresc să comunice, care vor să cunoască tot ce viața le poate oferi. Uneori părinții sunt sceptici, însă, după câteva luni, totul se schimbă și o viață fără acest implant devine de neimaginat pentru ei. Implantarea cohleară este o mare satisfacție pentru mine din acest punct de vedere.

Unde vedeți prioritățile pentru un program de implantare cohleară în România?

- În primul rând a putea trata copiii la vârsta la care implantarea cu un implant cohlear are cel mai bun efect, și anume de la 12 până la 18 luni. Nu este necesar de asemenea, un acces mai ușor la implanturi și un screening neonatal la nivel național mai eficient.

Ce înseamnă pentru dumneavoastră un screening neonatal mai eficient?

- Deoarece plasticitatea sistemului nervos central este mai mare la copilul mic, acesta are o capacitate mai bună și mai rapidă de a învăța. Așa se explică motivul pentru care o implantare precoce este de preferat uneia tardive. Studiile internaționale au demonstrat că implanturile cohleare precoce permit copiilor operați să recupereze handicapul cognitiv determinat de surditatea inițială. Folosirea bilaterală a implantării este considerată și ea un factor de avantaj decisiv la vârste mici. O integrare completă în societate, mersul la școală normală, la facultate, totul devine astfel posibil pentru acești copii în ziua de astăzi dacă sunt tratați la standardele actuale ale medicinei, adică prin implantare. Factorul esențial este tratarea lor cu un implant înainte de momentul apariției limbajului vorbit. Pentru a opera însă precoce, surditatea trebuie mai întâi depistată, iar părinții trebuie să fie instruiți. Depistarea surdității ar trebui să înceapă în maternități. Deocamdată, screening-ul se face doar în câteva locuri din România. Un screening național, în toate maternitățile din țară, ar trebui să fie o urgență zero și obligatoriu prin lege.

Ce lipsește în spitalul dvs. pentru ca tratarea surdității să fie mai eficientă?

Anul acesta situația în spitalul nostru s-a schimbat în bine. Echipa noastră și-a mărit efectivele cu un medic audiolog instruit în depistarea surdității la copil și care asigură sprijinul logistic intra-operator. În departamentul nostru de audiologie

există loc și pentru mai multe echipamente, mai performante, și sperăm să găsim fondurile necesare în curând, pentru a oferi toate testele de diagnostic, inclusiv pentru cei mai mici pacienți.

Câte centre există în România și dacă apreciați că numărul lor este suficient?

Eu sunt de părere că centrele existente în România sunt foarte bune și au echipe excelente. Din acest punct de vedere suntem norocoși și am putea face mult mai multe în condițiile în care surditatea la nou-născuți sau la copii mici ar fi considerată o prioritate. Nu trebuie neapărat centre noi, însă e necesar un suport mai bun pentru echipele de implant care există, în măsura în care se dorește performanță în implantarea cohleară. Screeningul național despre care am vorbit mai devreme, consilierea părin-

ților, disponibilitatea implanturilor, fără timp de așteptare, echipamente performante în departa-



mente de audiologie și în sala de operație, și apoi logopedie și consiliere pe măsură, pentru a asigura o integrare socială fără probleme, toate sunt idealuri de viitor. Importantă este calitatea serviciilor oferite de noi pentru familiile care au un copil surd, care ar putea să-și recapete auzul și să se integreze în societate fără probleme dacă este tratat corespunzător.

## Cum arată viitorul?

**Implanturile cohleare** se concentrează pe procesarea sunetului prin algoritmi care permit folosirea lor în medii cu zgomote foarte variate.

**Cunoașterea și clasificarea** tot mai aprofundată a malformațiilor de ureche internă și os temporal au dus la implantarea unor cazuri disperate și obținerea unor rezultate superioare altor metode suportive.

**Înțelegerea tot mai fină** a tehnicilor chirurgicale, cu protecția avansată a elementelor neuronale reziduale din urechea internă, a mărit șansele de reușită în folosirea implanturilor cohleare.

**Acceptarea pe scară tot mai largă** a implantării bilaterale la copilul mic devine tot mai mult un deziderat în societatea și medicina modernă.

**Rezistența la apă** a ultimelor generații de implanturi aduce noi facilități și posibilități copiilor operați.

În comparație cu alte țări din regiune, unde ne aflăm în domeniul implantului cohlear?

Am aflat că în Bulgaria, care are cu puțin peste o treime din populația României, se operează de trei ori mai multe implanturi cohleare. În Rusia și în China se fac licitații pentru mii de implanturi. Peste tot în lume există o mare prioritate pentru găsirea copiilor hipoacuzici la vârste fragede, deoarece toți au de câștigat: familiile în primul rând, copiii înșiși, care capătă aceeași șansă de dezvoltare ca și ceilalți copii cu un auz normal, bugetul statului, pentru care costurile pentru fiecare copil asistat social pe viață sunt de zeci de ori mai mari. Apoi, dacă mă gândesc la calitatea vieții, care pentru mulți copii surzi înseamnă un centru de plasament, atunci alegerea și sprijinirea acestei soluții devine o normalitate necesară în ziua de astăzi.

# Impactul otitei medii asupra familiei - studiu

## Preambul

Otita medie este, după pneumonie, boala copilăriei care îi îngrijorează cel mai mult pe părinți, însă mijloacele de prevenție moderne și efectele lor sunt foarte puțin cunoscute și utilizate.

Otita – sau infecția urechii medii - provoacă durere și suferință copiilor (febră, probleme cu somnul) și poate duce chiar la complicații grave, precum pierderea auzului.

**M**ajoritatea mamelor ai căror copii au avut otită au recunoscut că boala are un impact emoțional puternic pentru întreaga familie din cauza suferinței copilului. În perioada bolii, absența copilului de la grădiniță a însemnat și învoirea unuia din părinți de la serviciu, consecințele absenței de la locul de muncă fiind traduse în final printr-un câștig financiar mai mic la nivel de familie sau folosirea unei părți a concediului anual.

În pofida acestor rezultate, la întrebarea “Ce metode de prevenire a infecției cunoașteți?”, cea mai mare parte a mamelor ai căror copii au avut otită a răspuns în primul rând “Îmi feresc copilul de frig”. Însă, în cazul mamelor ai căror copii au avut otită, imunizarea celui mic prin vaccinare este privită ca o opțiune pentru a evita un nou episod al infecției. Potrivit studiului, numai 2 din 10 mame și-au vaccinat copiii – imunizarea copiilor prin vaccinare reprezentând totuși metoda de prevenire a otitei (generată de pneumococ) recomandată de Organizației Mondiale a Sănătății.

“Ceea ce noi, doctorii, le recomandăm întotdeauna părinților pentru a-și proteja copiii împotriva efectelor grave ale bolilor infecțioase este să ia măsuri de prevenire a acestora. Să-ți îmbraci micuțul cu haine potrivite temperaturii de afară este una dintre metodele de prevenire, dar nu sin-

gura și nu cea mai eficientă soluție. În cazul otitei medii, metoda cea mai eficientă de protecție este imunizarea prin vaccinarea față de infecțiile pneumococice. Vaccinarea îi asigură copilului o protecție crescută împotriva acestei bacterii, extrem de răspândită în comunitățile de copii. Mai mult, dacă unii copii de la creșă sau grădiniță fac infecții respiratorii frecvente, inclusiv otită, riscul de infecție al celor nevaccinați crește substanțial”, a precizat prof. univ. dr. Ioana Alina Anca, de la Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului “Prof. Dr. Alfred Rusescu”.

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, vaccinurile pneumococice conjugate sunt aprobate pentru imunizare în vederea prevenirii bolilor invazive, a pneumoniei (aprobarea fiind diferită de la țară la țară) și a otitei acute medii cauzate de tulpinile vaccinare de pneumococ la sugari și copii, de la 6 săptămâni de viață până la 5 ani. În România, vaccinarea anti-pneumococ este disponibilă de mai mult timp pentru a crește protecția împotriva bolilor pneumococice invazive precum meningita și a bolilor pneumococice non-invazive, precum otita - câteva zeci de mii de copii fiind imunizați până acum. Costul vaccinării este suportat însă de către părinți, în timp ce multe dintre țările din vecinătatea României, cum sunt Bulgaria, Polonia sau Grecia, au inclus deja vaccinarea anti-pneumococ în programele naționale.

Mai mult, conform raportului epidemiologic al OMS, publicat în ianuarie 2012, introducerea vaccinării împotriva infecției cu pneumococ a dus la un declin al bolilor pneumococice invazive (pneumonie, meningită, bacteriemie) la copiii sub 5 ani, precum și cei de peste 5 ani, în toate centrele în care s-a desfășurat analiza. Pentru meningită, cel mai grav sindrom al infecției cu pneumococ, a fost evident la 3-4 ani după introducerea vaccinării că numărul cazurilor de meningită determinată de tulpinile vaccinale și de cele non-vaccinale

la copiii sub 5 ani a scăzut. Totodată, a scăzut cu aproximativ 75% și numărul cazurilor de meningită determinată de toate serotipurile la copiii cu vârsta de peste 5 ani.

Conform studiului prezentat, mamele au declarat ca motive de refuz al vaccinării: covingerea că vaccinul „nu are efect”, “teama față de reacțiile adverse”, părerea că “mamele știu și pot să poarte singure de grijă copiilor”. Alte mame care nu și-au vaccinat copilul împotriva otitei și-au justificat indecizia prin faptul că “nu au toate informațiile” sau pentru că „nu știu dacă vaccinarea este cu adevărat eficientă” (26%).

## Totuși, datele Organizației Mondiale a Sănătății arată că:

- Vaccinurile pneumococice conjugate disponibile în prezent sunt sigure și eficiente; creșterea



## Despre studiu

Studiul a fost realizat de ISRA Center în noiembrie 2011 pe un eșantion reprezentativ de 203 respondenți din București, Timișoara și Cluj-Napoca, mame cu copii care au avut otită precum și mame ai căror copii nu au avut episoade de otită.

numărului de serotipuri prezente în aceste vaccinuri reprezintă progrese semnificative în lupta împotriva morbidității și mortalității determinate de bolile pneumococice.

- Siguranța este o chestiune extrem de importantă pentru orice vaccin și pentru orice producător de vaccinuri, aceasta fiind evaluată pas cu pas în perioada de cercetare și dezvoltare și supravegheată continuu după aprobarea vaccinului de către organizațiile specializate. Mai mult, niciun vaccin nu este aprobat pentru utilizare pe piață până când nu se demonstrează în mod riguros că beneficiile vaccinării depășesc în mod clar riscul de efecte adverse.
- Investițiile în dezvoltarea unui vaccin sunt semnificative, atât din punct de vedere financiar cât și ca timp: dezvoltarea unui vaccin parcurge mai multe etape preclinice, care pot dura 5 până la 15 ani, urmate de etapa clinică de dezvoltare, care poate fi finalizată de asemenea în 5-15 ani. Luând în considerare și perioada de urmărire a siguranței post-aprobare, întregul proces poate dura aproximativ 10-30 de ani.
- Faptul că imunizarea a dus la dispariția multor boli infecțioase a creat percepția falsă în rândul părinților și a cadrelor medicale că imunizarea nu ar mai fi necesară. Însă, tocmai aceste lacune în acoperirea vaccinării au dus la o revenire a unor boli infecțioase extrem de periculoase precum difteria, rujeola și poliomiilită.

Sursa: GMP PR

# Puncția - biopsie transtoracică

**Dr. Daniel Grigorescu,**  
medic primar chirurgie toracică

Aproape 1 din 6 decese prin cancer se datorează cancerului pulmonar. Se moare prin cancer bronhopulmonar mai mult decât se moare prin orice alt cancer, fie ca rezultat direct al bolii, fie al complicațiilor ei. Aplicând proporția cifrelor OMS globale de mortalitate la România, rezultă că pierdem astfel anual o populație cât a unui oraș ca Târnăveni sau Câmpia Turzii (cca 26000 de locuitori).

Deși operația este „arma cea mai puternică” împotriva cancerului pulmonar, ea este eficientă mai ales în stadiile de boală foarte localizată și are doar indicații limitate în boala avansată local sau cu determinări la distanță. Din totalul de toracotomii cu intenție curativă pentru cancerul non-small, până la 10% rămân exploratorii, prin boala suprinzător inoperabilă, și încă până la 35% din operații sunt urmate de recidivă postoperatorie locală sau la distanță, astfel încât oferta chirurgicală poate fi cu până la 45% mai mică decât se crede, datorită așa numitelor toracotomii futille. Nici chimioterapia sau radioterapia definitive nu au oferte mai bune, pentru că rata de răspuns de 50% din pacienți (pentru oricare din ele) este considerată una foarte bună. De aceea în ultimele decade lumea militează pentru un abord multimodal, în intenția creșterii succesului terapeutic.

Dar, nu numai oferta de tratament modestă face ca peste 85% din bolnavii de cancer pulmonar să nu supraviețuiască 5 ani. Stadialitatea la descoperire este foarte defavorabilă. Stadiul bolii influențează cel mai puternic prognosticul (ca și tipul celular). Supraviețuirea la 5 ani după tratament, pentru stadiul IV este 1%, pentru stadiul III este cel mult 13%, în timp ce pentru stadiul I

poate atinge 70%, iar în CIS poate atinge chiar peste 90%. Din păcate, 75% din cazuri se prezintă la diagnostic în stadii de boală avansată, fie local, fie la distanță și de fapt cel puțin 55% din cazuri se află în stadiul IV la descoperire.

De aceea, pe lângă lupta de prevenire, depistarea precoce și favorizarea confirmării și stadializării imediate merită să devină astăzi strategii de sănătate publică, pentru că tratamentul în cancer este înalt dependent de tipul celular și de stadiul bolii. După depistarea precoce, confirmarea și stadializarea rapidă constituie etape de luptă încă prea puțin sprijinite de politici de sănătate, deși ele sunt obligatorii în managementul acestei mari probleme de sănătate publică.

Depistarea precoce a unor noduli pulmonari maligni de mici dimensiuni poate conduce la un tratament precoce și potential curativ. Sensibilitatea pentru nodulii pulmonari maligni de mici dimensiuni atât primtivi cât și secundari a crescut (din fericire, și în România) prin utilizarea din ce în ce mai largă a CT, iar în țările avansate, datorită screeningului prin low-dose CT. PET/PET-CT (din fericire existente și în România) localizează leziuni cu activitate metabolică crescută fie primare, fie metastatice (plămânii sunt și sediu pentru metastazele altor cancere primitive) și dă relații importante pentru stadializarea cancerului pulmonar. Aceste metode noninvasive sunt neprețuite pentru confirmare și stadia-

lizare, dar nu pot înlocui prelevarea bioptică de țesut, ci doar o ajută.

Este necesară aplicarea pe scară mai largă a celei mai vechi, adesea simple și aproape universal aplicabile metode minim-invasive: puncția. Este un gest eficient, rapid, ieftin, de minimă invazie, fezabil ambulator, în anestezie locală și pentru care probabil chirurgul este potențial potrivit ca aplicație mai mult decât radiologul sau pneumologul/gastroenterologul, deși aceștia din urmă sunt cei care au publicat majoritatea dovezilor. În mereu mai multe locuri din lume, în obținerea biopsiilor se implica imagiștii intervenționiști, gastroenterologii sau pneumologii, folosind puncția cu ac pentru specimene citologice sau histologice, și lăsând chirurgului exclusiv cazurile care nu pot fi elucidate decât prin explorare chirurgicală videoasistată, incizie/excizie. Astăzi, în sistemul nostru public de sănătate, această procedură nu este decontată pe măsură nici ca gest chirurgical, nici ca unul medical, nici ca unul imagistic. Și acesta poate fi numai unul din motivele pentru care la noi nu este unanim îmbrățișată nici de chirurghi, nici de pneumologi și nici de radiologi.

Acuratețea ei pentru confirmarea leziunilor maligne este global 90%, în timp ce pentru cele benigne, de numai 75%, prin control cu examenul patologic postrezecție. Dar există studiu bazat pe ghidajul ecografic în diagnosticul mezoteliomului pleural malign, în care sensibilitatea puncției cu histologie este 100%.

**Puncția biopsie** este utilă nu doar în cancerul pulmonar ci și în diagnosticul altor leziuni maligne sau benigne pulmonare, pleurale, mediastinale, ale peretelui toracic, glandei mamare, musculoscheletale, vertebrale, cerebrale, ale viscerelor abdominale și glandelor endo/exocrine, dar are aport și în leziuni oncohematologice, granulomatoze, pneumonii.



## Utilizarea inhalatorului cu sare uscată la pacienții cu patologie respiratorie obstructivă

**Radu Crișan-Dabija 1, 3,**  
**Rodica Robu 2, Traian Mihăescu 1, 3**  
 1 – Spitalul Clinic de Pneumologie, Iași,  
 2 – Spitalul Județean de Urgență, Vaslui,  
 3 – Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

Considerată, pe bună dreptate „cel mai bun izvor de sodiu”, sarea, în forma sa obișnuită sau înglobată în diferite rețete, a fost titrată pentru capacitățile sale curative încă din Antichitate. Pentru o perioadă, în timpul Imperiului Roman, sarea a fost folosită drept monedă de schimb, având o importanță mai mare decât a aurului. Astfel, soldații romani primeau retribuția și în bulgări de sare, de unde și termenul de „salarium”, termen păstrat până în zilele noastre. Dovezile curative ale sării sunt însă de necontestat, omul dezvoltându-și, de-a lungul timpului, un simț empiric al beneficiilor expunerii la tratamentul cu sare. Nu puține sunt dovezile „probei terapeutice” în cadrul multiplelor afecțiuni tratate cu aerosoli salini, de-a lungul istoriei medicale a omului: curele cu aburi salini ale lui Hippocrate, rețetele doctorului Imhotep păstrate în papirusurile egiptene, satul de pescari francezi cruțați de ciurma bubonică din Europa secolului al XIV-lea și, nu în ultimul rând, observațiile doctorului Felicz Bockowsky asupra sănătății de invidiat a minerilor din minele de sare – medic polonez care a și denumit metoda terapeutică haloterapie.

În România, la Praid sau la Slănic Moldova, la Cacica sau la Ocna Mureș, adevărate orașe subterane din sare primesc anual sute de mii de

vizitatori, care, sub indicație medicală sau din proprie inițiativă, confirmă teoria empiric descoperită precum că aerosolii salini sunt benefici pentru stimularea imunității locale la nivelul aparatului respirator, au efect bacteriostatic, efect mucolitic și antiinflamator, precum și un efect de hiposensibilizare locală – efect care poate explica beneficiile terapiei în astmul bronșic întâlnite la mulți bolnavi care au vizitat o salină, chiar și în timpul perioadelor de exacerbări.

Așadar, așteptările pe care le avem în urma ședințelor de haloterapie sunt:

- Creșterea eficienței expectorației, prin creșterea volumului de spută și de secreții din căile aeriene, ceea ce duce la îmbunătățirea actului respirator și la senzația de eliberare, de degajare pulmonară – creșterea productivității tusei.
- Obținerea în timp a efectului bacteriostatic, care se va constata prin reducerea episoadelor de infecții recurente ale aparatului respirator sau eliminarea completă a episoadelor sezoniere. Acesta este un beneficiu inestimabil pentru pacienții cu BPOC, cărora, un episod de infecție respiratorie acută le poate fi fatal.
- Îmbunătățirea calității somnului, prin diminuarea edemului filierei aerodigestive superioare (văl palatin, baza limbii, pilierii lojei amigdaline), regăsit adesea la sforăitorii cronici. De asemenea, la nivelul ostiilor sinusale din meatul mijlociu și superior, edemul inflamator se diminuează, ducând la repermeabilizarea acestora și la drenajul eficient al sinusurilor în fosele nazale.



## Poligrafia respiratorie

**Dr. Luminița Anghel, medic specialist pneumologie, clinica MEDAS Unirea**

Poligrafia respiratorie este o metodă de diagnostic pentru Sindromul de Apnee în Somn și reprezintă înregistrarea continuă, pe durata unei nopți, a mai multor parametri respiratori ai pacientului, cum ar fi:

- fluxul aerian nazo-bucal,
- sforăitul,
- electrocardiogramă,
- efortul respirator toraco-abdominal,
- saturația oxigenului arterial.

Prin poligrafie se monitorizează variația parametrilor fiziologici pe durata somnului, la domiciliul pacientului, cu ajutorul poligrafului. Acesta este pus la dispoziția pacientului, urmând să fie purtat de subiect pe durata unei nopți, timp în care se

realizează înregistrarea continuă a parametrilor respirației. În ziua următoare, dispozitivul este returnat, se efectuează descărcarea și analiza datelor înregistrate cu ajutorul unui software specific. Suspiciunea de Sindrom de Apnee în Somn se emite la un pacient obez care acuză:

- sforăit zgomotos,
- opriri ale respirației în timpul somnului - semnalate de partener,
- somnolență diurnă excesivă,
- nicturie,
- tulburări de concentrare,
- cefalee matinală etc.

Având în vedere comorbiditățile asociate Sindromului de Apnee în Somn, pacienții pot fi îndrumați spre efectuarea acestei investigații cu precădere de medicii specialiști ORL-iști, pneumologi, cardiologi, diabetologi, endocrinologi sau de medicină internă etc.



# Posturologia



**Dr. Georgiana Tache**  
Med. pr. fizioterapie, recuperare medicală, Dr. șt. medicale  
Tel. 0723.626.289

Metoda posturologică sau posturologia reprezintă un studiu multidisciplinar al posturii, ca fiind un act motor automat și inconștient, care permite unei persoane să adopte o poziție dreaptă, să stabilizeze această poziție în ipostaza statică sau dinamică și să dezvolte o înțelegere spațială a poziției propriului corp în relație cu mediul înconjurător. Reprezintă rezultatul implicării unui sistem senzitivo-motor complex multimodal.

**S**istemul postural tonic este alcătuit din următoarele elemente:

- **exteroceptori** precum analizatorul vizual, auditiv și tegumentar (recepționează informația senzitivo-senzorială din exteriorul corpului și transmit sistemului nervos central mesaje care ne permit să relaționăm cu mediul înconjurător),
- **proprioceptori** care recepționează informația senzitiv-senzorială provenită din interiorul corpului și transmit sistemului nervos central mesaje care ne permit să conștientizăm poziția relativă a diferitelor segmente ale corpului unele față de altele,
- **centrii nervoși superiori** care integrează informațiile provenite de la acești senzori exteroceptori și proprioceptori și determină un răspuns adecvat fiecărei situații și
- **efectorii, mușchii**, mai exact, tonusul muscular care este implicat/vizat.

Sindroamele clinice cauzate de diferite disfuncționalități ale sistemului postural tonic, pot fi in-

cluse în trei categorii: sindroamele dureroase (situate cel mai adesea la nivelul axului vertebral), instabilități și sindroame cognitive (ce urmează să fie demonstrate științific).

Semnele clinice ale suferinței sunt multiple și variate dar pot fi incluse în categoria semnelor cardinale sau principale și a semnelor accesorii sau secundare, după cum arată specialiștii. Acestea includ durerea de spate și durerea articulară periferică, instabilitatea și sindroame pseudo-depresive. Abordarea în posturologie este practică, presupunând o analiză clinică și paraclinică riguroasă a pacientului. Diagnosticul pozitiv al sindromului postural este un diagnostic funcțional, determinat de variatele teste clinice sau tipuri de senzori/receptori implicați, oferă o propunere de revizuire a tratamentelor multidisciplinare, deja aplicate, după excluderea patologiei non funcționale de către medicul generalist, cel de specialitate și posturolog. Tratamentul funcțional aplicat, depinde de configurația sindromului postural, după cum urmează: se recomandă **examen podologic**, cu executarea și purtarea unor talonete, de către specialistul în podologie, se recomandă **examenul oftalmologic**, cu prescrierea și confecționarea ochelarilor de către ortoptician și opticianul specialist, se apreciază **configurația sistemului musculoscheletal** și mersul de către specialistul reumatolog, medicul specializat în osteopatie, fizioterapeutul specialist și de către osteopat. Se adaugă **aprecierea funcției aparatului vestibular** de către specialistul ORL-ist și **evaluarea limbajului** de către specialistul logoped și de către fizioterapeutul specialist. Se mai face **consultul dentar** de către ocluziodentolog și se apreciază reflexele fiziologice dintre mandibulă și maxilar iar ortodontistul apreciază aliniamentul dentar pe arcurile dentare.

Sistemul postural reprezintă rezultatul organizării unui sistem multimodal alcătuit din elemente diferite ce contribuie în final, la dezvoltarea unui

tonus muscular care să susțină corpul uman. După cum arătam, acest sistem este alcătuit din senzori/receptori care asigură recepția unei stări de fapt, are loc procesarea și integrarea datelor recepționate la nivelul sistemului nervos central, informația circulând pe căile nervoase iar răspunsul final este caracterizat printr-un anumit tonus muscular care să susțină organismul sau corpul uman. Un exemplu simplu al modului în care funcționează un sistem din punctul de vedere al posturologiei este următorul: când suntem întinși, raportarea noastră la mediul înconjurător se face utilizând informația provenită de la exteroceptori senzitivi senzoriali precum analizatorul vizual, urechea internă și de la cei tegumentari situați la nivelul piciorului. Propriocepția este asigurată de poziția diferitelor segmente ale corpului față de trunchi. La nivelul sistemului nervos central are loc integrarea complexă a

informațiilor multimodale primite, pentru ca în final să se determine în timp util, controlul postural necesar menținerii poziției date. Având în vedere cele prezentate, este de la sine înțeles faptul că orice **problemă a urechii interne**, de **acuitate vizuală**, de **poziție defectuoasă** în mod sistematic a unui segment corporal, așa cum este și **poziția mandibulei** raportată la maxilar, a coloanei vertebrale scolioțice sau rectitudinea segmentelor acesteia, **dismetria membrilor** inferioare, toate reprezintă, alături de alte **probleme neurologice, reumatismale** etc, elemente menite să ofere date modificate sistemului postural ce urmează să elaboreze tonusul în concordanță cu recepția deficitară. În final, pacientul va prezenta dificultăți în a menține o poziție și de aici se instalează instabilitatea, disconfortul la nivelul aparatului musculoscheletal, sindromul dureros cronic, sindromul depresiv de însoțire.



# Cum putem protejea aparatul hepatobiliar?

**Tunde Horvath, Farmacist Diriginte**  
**Dumitru Negruț, Farmacist**  
[www.farmacia3.ro](http://www.farmacia3.ro)

V-ați gândit vreodată la ficatul dumneavoastră și la curățarea lui de toxine? Ficatul este un organ complex, care realizează o multitudine de funcții metabolice. Acesta intervine în producerea proteinelor din sânge, reglarea glicemiei prin consumarea glucozei sau producerea ei, are rol termoreglator, depozitează fierul, produce acizii biliari, reglează schimbul de grăsimi și asigură detoxifierea organismului prin intermediul sistemelor enzimatice.

În zilele noastre, datorită modului de nutriție, conservanților, stabilizatorilor, coloranților alimentari și E-urilor în general, ficatul este supus la tot mai multe riscuri, acesta fiind ca un filtru pentru organismul uman. Ficatul metabolizează substanțele absorbite în urma digestiei, iar toxinele sunt eliminate prin bilă. Bila, de asemenea, conține și acizii biliari (acidul colic, chenodezoxicolic, dezoxicolic și litocolic), care au rol în prelucrarea grăsimilor alimentare. Patologia ficatului este complexă și aceasta se referă la boli precum: insuficiența hepatică, ciroză hepatică, sindromul icteric, diskinezia biliară, calculii biliari. Medicația acordată urmărește, în general, restabilirea funcțiilor normale a ficatului, detoxifierea acestuia și stimularea capacității de refacere a celulei hepatice.

Un foarte bun hepatoprotector este **silimarina**.

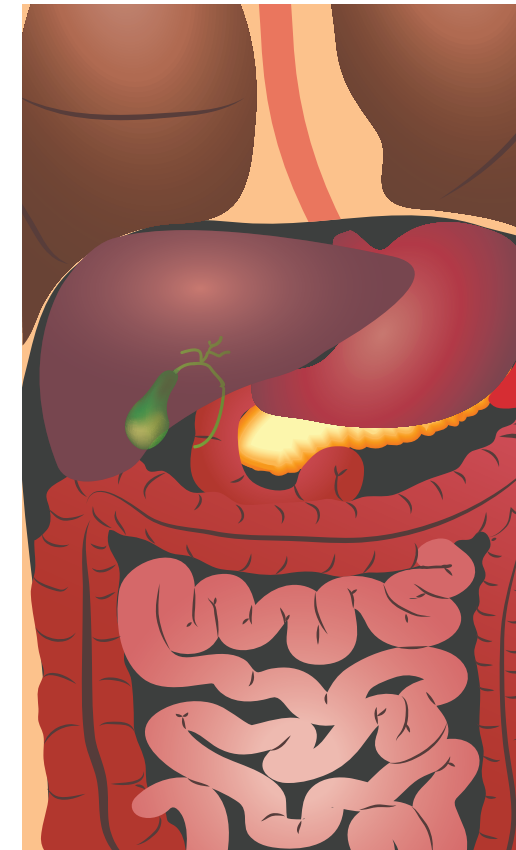
Această substanță se găsește în planta armurariu (*Silybum marianum* L.), fiind un complex de trei flavonoide (silibină, silicristină și silidianină) și este recomandată în insuficiențe hepatice, ciroze hepatice, intoxicații sau hepatite. Silimarina stimulează sinteza hepatocitelor, crește rezistența acestora la toxine, scade riscul formării calculilor biliari prin efectul coleretic-colagog și are și un rol antioxidant. Silimarina este disponibilă sub formă de comprimate sau capsule cu extract standardizat, tincturi sau ceai din semințe sau frunze de armurariu și se poate administra atât preventiv, cât și curativ, fără contraindicații.

**Anghinarea** (*Cynare scolymus* L.) este o altă plantă medicinală cu efecte benefice asupra ficatului. Frunzele și rădăcinile conțin cinarină, flavone, inulină, săruri minerale și tanin cu efecte antitoxice coleretice și diuretice. Extractul din frunze, împreună cu sărurile de magneziu din comprimate măresc secreția biliară (efect coleretic-colagog), reglează secreția de colesterol, metabolismul glucidic și detoxifică ficatul. Se utilizează pentru stimularea fluxului biliar, al diurezei, hepatite acute sau cronice, colecistite și carențe organice de magneziu.

**Fosfolipidele** au un rol important în cadrul hepatocitului, acestea intrând în compoziția membranei celulare, ca reglatori în schimbul intra- și extracelular. Fosfolipidele esențiale (EPL – essential phospholipids) intervin în regenerarea, întreținerea și funcționarea ficatului, datorită capacității acestora de a forma noi membrane. Esterii digliceridici ai acidului chinolin-fosforic împreună cu acidul linoleic și oleic (acizi nesaturați) refac funcțiile alterate ale ficatului, reglează activitatea

enzimatică și normalizează metabolismul lipidic și fluxul biliar. Se administrează în hepatite acute sau cronice, ciroze hepatice, profilaxia litiazei biliare și degenerescența grasă a ficatului.

**Complexul de vitamine B** este foarte benefic în patologia ficatului. Astfel, se pot administra vitaminele din complexul B (B1, B2, B6, B12) separat sau în combinație cu alte substanțe active benefice



pentru ficat. Tiamina sau vitamina B1 intervine în metabolismul glucidic al ficatului și îl protejează de acțiunea toxică a alcoolului etilic. Vitamina B2 și B3 (riboflavina și niacina) au un rol important în reacțiile redox de la nivelul hepatic, iar vitamina B12 (ciancobalamina) influențează sinteza proteinelor, metabolismul glucidelor și al acizilor grași. Vitamina B6 (piridoxina) ajută la detoxifierea hepatică, foarte importantă în cazul utilizării cronice de medicamente.

**Aminoacizii:** L-arginina, L-cisteina, L-carnitina, N-acetil cisteina și glutathionul sunt benefice, deoarece stimulează funcțiile ficatului și intervin în procesele reparatorii prin stimularea sintezei de proteine hepatice. L-arginina ajută la detoxifierea ficatului și participă la mecanismele antitumorale, fiind indicată în cirozele hepatice și hepatite.

**Acidul ursodezoxicolic** este un acid biliar care se găsește în cantități mici în bilă. Administrarea lui în terapia medicamentoasă este utilă în tratamentul litiazei biliare. Acest acid biliar dizolvă calculii renali și se mai poate administra în tratamentul simptomatic al cirozelor biliare. Pentru ușurarea digestiei se administrează un alt acid biliar – acidul dehidrocolic, cu acțiune coleretică, indicat în colecistita cronică, hepatita epidemică și constipația cronică (hepatogenă). Un ficat sănătos înseamnă un metabolism normal și un organism sănătos. Pentru cei care preferă terapia pe cale naturală, ca tratament adjuvant, ceaiurile de rostopască, sunătoarea, menta, cicoarea, păpădia sau sucul de ridiche neagră sunt foarte utile. De asemenea, se recomandă mese regulate, evitarea alimentelor „grele”, a sedentarismului, renunțarea la fumat și la alcool.

# Alimente sănătoase specifice verii

**Patricia Frătilă**, Studentă  
Facultatea de Farmacie an V  
[www.farmacia3.ro](http://www.farmacia3.ro)

A venit vara, anotimpul cu mireasmă de vacanțe toride, în care ne putem bucura de soarele care ne răsfăță, dar nu trebuie să uităm să ne revitalizăm organismul și să profităm în voie de fructele și de legumele proaspete care se găsesc din abundență în acest sezon minunat. În timpul verii, organismul nostru pierde cantități importante de săruri minerale și, de aceea, este deosebit de importantă hidratarea, care trebuie făcută chiar dacă nu simțim senzația de sete, deoarece vara pierderile se produc mult mai rapid.

**C**hiar dacă este vară, organismul nostru are nevoie în continuare de proteine, lipide și carbohidrați, doar că în proporții mai reduse, iar o cantitate importantă din alimentația noastră zilnică trebuie să fie constituită din fructe și legume proaspete ce conțin vitamine, fibre și antioxidanți, dar și din lactate.

Vara, avem tendința de a ne scădea temperatura corpului utilizând alimente cu efect răcoritor, dar unele dintre cele care ne răcoresc pe moment au un efect contrar pe termen lung, contribuind mai degrabă la creșterea temperaturii corporale, cum ar fi: varza, ceapa, usturoiul, dovleacul, prazul, păstârnacul. De asemenea, este bine să se facă o diferențiere între condimentele care cresc temperatura corporală și cele care o scad, trebuind astfel să fie evitate în timpul verii scorțișoara, ghimbirul uscat, rozmarinul, pătrunjelul, iar atenția să fie îndreptată spre condimentele care răcoresc organismul, cum ar fi ghimbirul proaspăt, coriandrul, piperul negru sau cel alb.

În continuare, reliefam câteva dintre alimentele

specifice verii cu care ar trebui să ne revigorăm organismul.

## Pepenele verde

Pepenele verde este un foarte bun antioxidant și o sursă importantă de lycopen, substanță care îi dă culoarea roșie și care este utilă în prevenirea cancerului la sân, la plămâni sau la prostată. Pepenele contribuie la menținerea imunității organismului, fiind bogat în vitaminele A, B<sub>6</sub>, B<sub>1</sub>, C și mineralele magneziu și potasiu, având și o acțiune diuretică. De asemenea, contribuie la buna funcționare a rinichilor, datorită faptului că mai mult de 90% din compoziția sa este apă. Pepenele conține citrulină, care are proprietatea de a relaxa vasele de sânge ale corpului, având un efect asemănător cu cel al medicamentului Viagra, care este folosit pentru disfuncțiile erectile, acest fapt fiind descoperit de cercetători din Texas.

## Fructele de pădure

Zmeura, căpșunile, murele, coacăzele constituie o opțiune pentru diversificarea alimentației pe timp de vară. Majoritatea acestor fructe de pădure conțin zinc, care ajută la creșterea părului, a unghiilor și la combaterea infertilității. Totodată, fructele de pădure tonifică organismul, contribuind la eliminarea toxinelor, și încetinesc procesul de îmbătrânire. Fructele de pădure ajută la producerea de colagen, care contribuie la menținerea elasticității pielii și reduc inflamația pielii în cazul arsurilor solare.

## Spanacul și salata verde

Datorită faptului că prin transpirație se pierd multe minerale, precum sodiu, potasiu și magneziu, spanacul și salata verde reprezintă o sursă importantă pentru asigurarea unui aport adecvat de magneziu. De asemenea, ele conțin lutei-

nă, un antioxidant, care protejează pielea și ochii de expunerea la radiațiile solare.

## Lactatele

Vara, avem la dispoziție multe legume și fructe proaspete, dar nu trebuie să uităm lactatele, în special iaurtul, care, pe lângă probioticele pe care le conține, cu efect benefic asupra florei intestinale bacteriene, are și un efect răcoritor, prin aportul de săruri minerale, compensând astfel pierderile care au loc prin transpirație.

## Supele reci și ceaiurile

Chiar dacă ceaiurile reprezintă un aliat de încredere iarna, ele pot fi folosite cu succes și în timpul verii, având efect de hidratare a organismului, putând fi băute la temperatura camerei sau chiar reci, de preferat neîndulcite. Printre ceaiurile care scad temperatura corporală se numără ceaiul de soc, iar ceaiul de frunze de stejar și cel

de frunze de nuc combat transpirația excesivă. Supele reci au efect răcoritor și au avantajul că sunt și sățioase, un exemplu fiind supele de roșii sau de castraveți, care au și puține calorii.

Deși, vara, preponderent este regimul bogat în fructe și legume proaspete, pentru ca organismul să-și ia cantitatea necesară de fier și în acest anotimp, poate fi consumată carne slabă de vită sau de găină, dar nu trebuie să se exagereze, pentru că alimentele bogate în grăsimi animale obligă aparatul digestiv la cheltuieli energetice mari pentru a le digera, la care se adaugă și efectul de "încălzire" pe care îl induc.

Așadar, să lăsăm vara să ne răsfete cu fructele și legumele viu colorate, care reprezintă scuturile de antioxidanți pe care acestea și le creează și pe care ni le împrumută și nouă, creându-se o simbioză perfectă între om și natură, dar să nu uităm și de hidratare și, astfel, să orchestrăm o veritabilă simfonie a sănătății.





# Trusa de vacanță

**Tunde Horvath, Farmacist Diriginte Farmacia3**  
www.farmacia3.ro

De când ne știm, fie că este vară, fie că este iarnă, așteptăm cu nerăbdare plecarea în mult doritul concediu sau binemeritata vacanță. Pe lângă multele bagaje, ar fi bine ca, la plecare, să nu uitați un mic amănunt: trusa de prim ajutor sau, cum spun alții, trusa de vacanță.

**D**e ce este necesar să ai așa ceva? Pentru unii s-ar părea că este un lucru lipsit de importanță. Expresii de genul "Las' că nu pătesc eu nimic", "Am mai fost eu în excursii și nu mi-am rupt mâna", "Este deja o trusă de prim ajutor în mașină", ar putea părea cunoscute. Totuși, înainte de a pleca, este bine să vă aprovizionați cu un minim necesar pentru caz de nevoie, și vă ajutam cu câteva informații utile. În funcție de specificul călătoriei și nevoile dumneavoastră, selectați de mai jos ceea ce credeți că v-ar putea fi de folos.

## Arsurile solare

Unora li s-ar părea un moft, dar ochelarii de soare în timpul verii sunt foarte importanți atât pentru cei mari cât și pentru cei mai mici, pentru protejarea ochilor de radiațiile UVA și UVB.

Pentru protecția pielii se recomandă utilizarea cremelor de protecție solară cu un factor de protecție ridicat. Este bine să folosim o cremă cu filtru mineral, decât creme cu filtru chimic. O cremă sau o soluție ideală trebuie să aibă factorul de protecție (SPF) cuprins între 30 și 50, iar expunerea la soare trebuie evitată între orele 12 și 16. Oricât de multe ar fi proprietățile benefice ale razelor solare și oricât le-am aprecia, trebuie să ne ferim de exagerări. Pentru protecția buzelor e foarte util un strugurel, deoarece menține hidratarea în limite normale a buzelor.

## Răni ușoare

Pentru dezinfectarea unei răni se poate folosi clasică apă oxigenată, rivanolul, un unguent antiseptic sau un spray dezinfectant. Compresele sterile, bandajele, un leucoplast, alcoolul sanitar, o forfecuță sau un pansament obișnuit nu trebuie să lipsească din nicio trusă de vacanță. În caz de luxații sau entorse, ar fi bine să aveți la îndemână un gel antiinflamator, pentru tratament de urgență.

## Ce facem cu alergiile?

Polen, praf, iritații, insecte sau alimente, toate acestea sunt potențiali factori alergenicici, cu efecte care se pot manifesta ca niște erupții cutanate cu mâncărimi ușoare, până la șoc anafilactic. Pentru combaterea acestor situații este foarte eficient un antihistaminic (cunoscut ca și antialergic), care se poate administra oral sau local, precum și preparatele pe bază de calciu. Pentru tratamentul local este foarte bun un gel pe bază de dimetinden sau sprayuri împotriva insectelor. În cazul administrării orale, nu folosiți orice medicament antialergic! Unele dintre acestea, pe lângă efectul antihistaminic, au ca efect advers somnolență (sedare), așa că atenție șoferi!

## Durerile

Fie că e vorba de o durere de cap, durere de dinți sau o durere menstruală, medicamentele pentru durere nu trebuie uitate acasă. Așa că adăugați în trusa de vacanță: analgezice gen aspirină, paracetamol (foarte bun și în caz de febră) sau ibuprofen, iar dacă e vorba de o colică renală sau biliară, este eficient un medicament antispastic (de ex. pe bază de drotaverină).

## Problemele digestive

S-ar putea ca, după o masă copioasă, să apară probleme neașteptate gen arsuri la stomac, durere de ficat, constipație sau... diaree. De aceea, e bine să aveți la îndemână un antiacid, enzime digestive, iar pentru constipație, un preparat pe bază de plante sau bisacodil. În caz de diaree sunt eficiente preparatele farmaceutice care conțin furazolidona sau loperamida. Nu uitați de faptul că după o diaree severă sunt importante rehidratarea și dieta.

## Răul de mișcare

Se spune că drumul cel mai scurt e drumul spre casă. Dacă veți călători cu mașina, trenul, vaporul sau avionul, fie că plecați în călătorie, fie că vă întoarceți, s-ar putea să aveți anumite simptome, precum amețeli, senzații de greață, stare generală de rău, transpirații reci sau paloare, ceea ce reprezintă răul de mișcare. Pentru tratarea acestor stări se pot folosi antihistaminice, gen meclozina, sau anumite produse din plante (de exemplu, cele care conțin ghimbir).

## Ce ar mai trebui?

Dacă suntem sub un tratament acut, subacut (viroză respiratorie) sau cronic (hipertensiune arterială, diabet, reumatism, etc.) trebuie să avem grijă ca aceste medicamente să fie pregătite în cantitățile necesare pentru zilele de călătorie, plus pentru două, trei zile față de durata estimată a călătoriei. S-ar putea ca farmaciile să nu aibă program non-stop sau ca tratamentul indicat de medic să fie refuzat din cauza lipsei prescripției medicale la unele medicamente care se eliberează doar pe rețetă.

## Vacanța piticilor (1-3 ani) și preșcolărilor (4-7 ani)

Marea este alegerea celor mai mulți dintre părinți, dar și muntele este o alternativă de odihnă la un aer mai curat și mai răcoros. Chiar dacă sunt mai mari, încă este o vârstă destul de problematică. Foarte importantă este locația și mai ales meniul copiilor, de aceea este indicat ca, înainte de a porni la drum, să vă interesați de facilitățile existente din acest punct de vedere. În privința medicamentelor nu sunt variații foarte mari față de cele pentru adulți, doar că trebuie să fie în forme farmaceutice adecvate vârstei copilului. Să nu uitați de orele permise pentru plajă și, de asemenea, de importanța cremelor de protecție și de pălăria de soare! Micile traumatisme sunt mai frecvente la această vârstă, astfel că soluțiile de dezinfectare și pansamentele sunt bine venite chiar în poșetuța mamei.

După ce toată lista e gata, în mica trusă de vacanță încap și cele necesare îngrijirii personale, și anume: periuța și pasta de dinți, bețișoare pentru urechi, o perie de păr, o pensetă, un deodorant, vată, plasturi antiherpetici și absorbante de zi.

O vacanță într-un loc frumos este o experiență de neuitat. Pentru aceasta, încercați să puneți printre bagaje mica trusă de vacanță, foarte utilă în situațiile de urgență, așa că fiți întotdeauna pregătiți!

# Machiajul mineral un machiaj ideal în timpul verii

**Otilia Câmpan** - cosmeticiană  
și consultant dermocosmetic Farmacia 3

Dacă vă doriți un machiaj strălucitor, cu stil și, în același timp, din ingrediente naturale, alegerea pe care trebuie să o faceți sunt pudrele minerale. Folosite încă din timpurile faraonilor, pudrele minerale sunt cunoscute pentru proprietățile lor deosebite. Egiptencele le foloseau în primul rând din motive funcționale, nu estetice: creionul kohl (trad. "fard de ochi") negru avea rolul de a neutraliza și absorbi strălucirea razelor de soare; în același timp, avea ca scop acoperirea și protejarea zonei sensibile din jurul ochilor cu pigmenți uleioși, colorați, care preveneau uscarea și deshidratarea zonei și protecția împotriva unor iritații.

Ingredientul de bază al acestor farduri este o pudră obținută din minerale naturale foarte fine măcinate. Din acest motiv, machiajul mineral este mult mai sănătos pentru piele, comparativ cu cel realizat pe bază de substanțe sintetice. Este ideal pentru pielea sensibilă, în special pentru că mineralele nu produc alergii.

Produsele de machiaj mineral conțin 95% ingrediente din minerale naturale, o formulă sănătoasă care respectă chiar și pielea foarte sensibilă din jurul ochilor. Mineralele sunt radiante și luminoase, așa că machiajul este superb și are un efect satinat. Pudrele minerale și fardurile minerale oferă protecție împotriva razelor ultraviolete, așa că în timpul verii sunt ideale. Ele sunt recunoscute pentru proprietățile lor deosebite de a reflecta lumina. Astfel, după aplicare, tenul este foarte luminos și radiază de prospețime.

Nu vă gândiți că trebuie să avem un anumit tip de

ten pentru a folosi asemenea produse! Ele sunt recomandate oricui, pentru că se adaptează perfect la nevoile fiecărui tip de ten, chiar și ale celui mai sensibil și îl fac să arate impecabil. Cel mai important este că machiajul mineral acoperă imperfecțiunile tenului, ascunde ridurile și cearcănele și nu usucă deloc pielea, iar porii respiră liniștiți.

Produsele de machiaj pe bază de minerale sunt noncomedogene, adică nu blochează porii și, prin urmare, nu au ca efect apariția coșurilor. Bineînțeles, asta nu înseamnă că putem să nu ne demachiem după ce folosim un fard cu pudră minerală. Pielea trebuie să rămână curată întotdeauna înainte de somn. Chiar dacă mineralele sunt benefice pentru ten, spre deosebire de substanțele sintetice, nu este recomandat în niciun caz să dormim machiate. Pielea are nevoie să respire, să se relaxeze și să se refacă în timpul nopții, iar prezența machiajului va dauna grav acestor procese. Crema hidratantă este singurul "prieten" al pielii pe timp de noapte. Iar vara pe timp de zi obligatoriu o cremă cu FPS.

Pudrele minerale au o textură lejeră, nu încarcă tenul, conferă strălucire și luminozitate pielii feței și sunt în același timp rezistente (chiar și la transpirație!). O alegere ideală pe timpul verii!




**SOCIETATEA ROMÂNĂ  
DE CARDIOLOGIE**

**Al 51-lea  
Congres Național  
de Cardiologie**

**Sinaia / 4-6 octombrie 2012**

**Pentru informații:**  
Secretariatul Societății Române de Cardiologie  
Tel/Fax: 021 250 01 00;  
E-mail: [office@cardioportal.ro](mailto:office@cardioportal.ro)  
[www.cardioportal.ro](http://www.cardioportal.ro)

**Operator al Serviciilor Congresului:**

  
[www.mediamed.ro](http://www.mediamed.ro) Tel./Fax: 031 101 32 24

[www.cardioportal.ro](http://www.cardioportal.ro)

Experiența de 5000 de ani a medicinei tradiționale indiene Ayurveda vă este oferită prin produsele marea Ayurmed pentru o viață fericită și sănătoasă!

## **GASCURE Tablete si Sirop** Reglează digestia în mod natural

- Favorizează digestia și protejează mucoasa gastrică;
- Ajută în hiperaciditate gastrică;
- Eficient în gastrite hiperacide acute sau cronice, ulcer gastric și duodenal;
- Ajută în cazul arsurilor stomacale, altor tulburări dispeptice, tulburări ale secreției biliare.



## **SUPLIMENTE ALIMENTARE 100% NATURALE DIN PLANTE MEDICINALE AYURVEDICE**

### **TRIFYLA** Purificator digestiv complet



- Corectează variațiile în balanța Vata-Pitta-Kapha;
- Benefic în indigestii, greață, meteorism abdominal, diaree;
- Efect protector și regenerador asupra ficatului;
- Tonic, purificator, energizant, antiviral, antibacterian, antihemoroidal.