

162

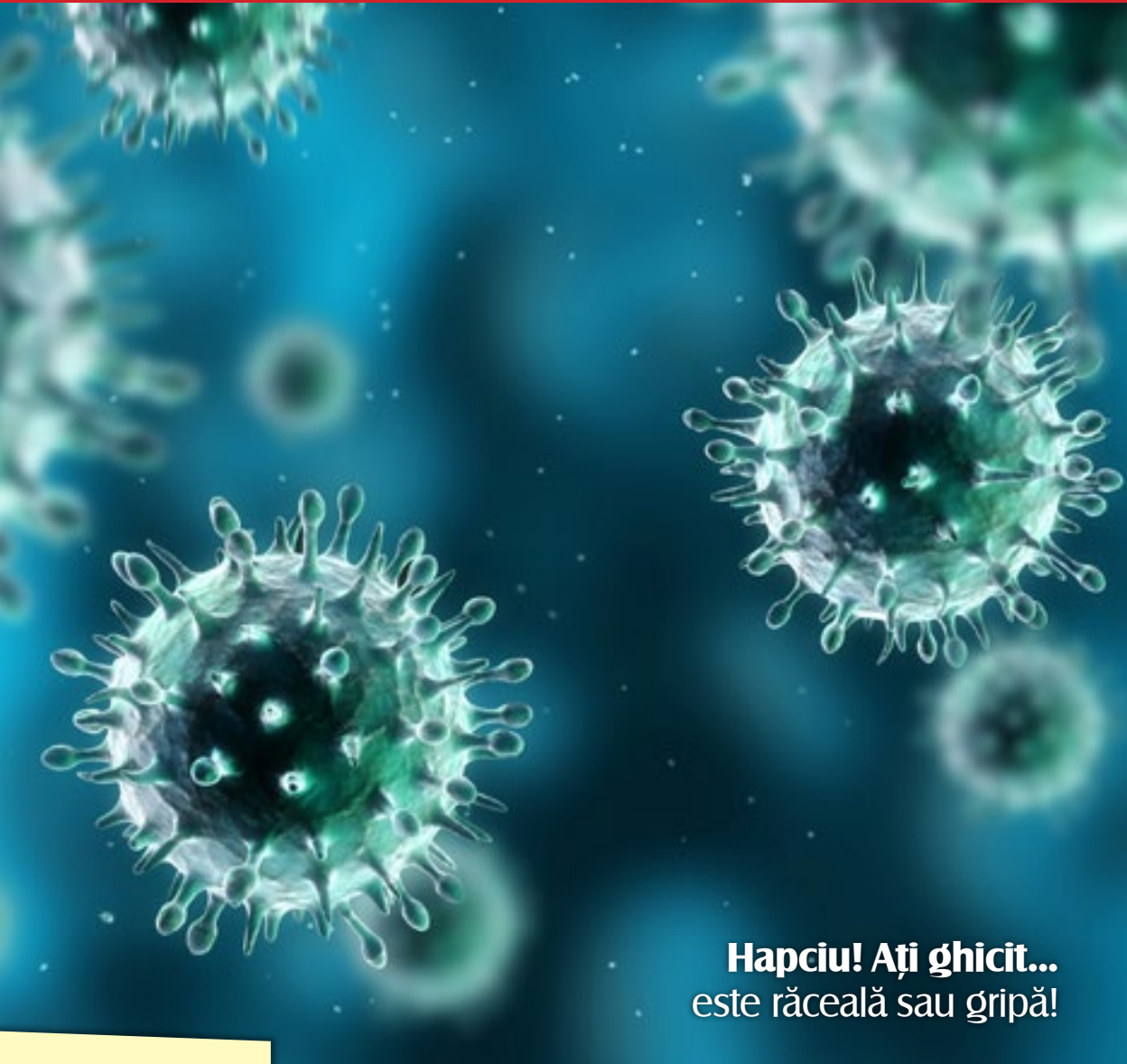
FIN
WATCH

săptămâna

Anul IX ■ Nr. 162 ■ Februarie 2013

MEDICALA

PREMIU
produse
medicale
Detalii în pag. 13



Hapciu! Ați ghicit...
este răceală sau gripă!

DIN SUMAR

Zincul - tratament pentru răceală	9
Laser-ul cu lumină fracționată	13
Aparatele auditive intraauriculare	30

Tenul de gheșă **Pag 10**



Dioptronul pediatric **Pag 17**



Să mănânci ca francezii



Pag 22



Natural Pharmaceuticals

CALCIMAG B6 Sirop 150 ml



Conține/1ml soluție: Lactat de Calciu 26 mg, Citrat Malat de Calciu 6 mg, Lactat de Magneziu 25 mg, Vitamina B6 0,05 mg, Vitamina C 25 mg.

Siropul **CALCIMAG B6** conține calciu, magneziu și vitamina B6. Aceste trei elemente conlucrează pentru menținerea sănătății sistemelor osos, muscular și nervos. Calciul este indispensabil structurii osoase, iar Magneziul controlează concentrația constantă a calciului din sânge, reglează ritmul cardiac și tensiunea arterială. Vitamina B6 stimulează producția de anticorpi și ajută la asimilarea în organism a proteinelor și lipidelor; asociată cu Magneziul și Vitamina C contribuie la creșterea imunității și a nivelului energetic al organismului.

Acest produs nu trebuie să înlocuiască un regim alimentar variat.



ISO 9001 Certificat de calitate



Atenție la ce clinică ne tratăm!

Orice unitate medicală privată se confruntă în funcționarea sa, din principiu, cu o contradicție fundamentală, ineluctabilă, între costurile pentru oferirea de servicii de calitate și necesitatea de a avea profit, ca rațiune a oricărei societăți comerciale. În aceste condiții, unele clinici private apelează la o serie de strategii de eficientizare a activității, pe care cineva care din nefericire ajunge aici nu se poate să nu le observe.

Astfel, se oferă consult, diagnosticare și tratament „în regim exhaustiv”, servicii suplimentare a căror utilitate este îndoielnică și care, fără să aducă mai multă lumină în cazul dat, încarcă factura pacientului (analize medicale suplimentare nerelevante, consultul mai multor medici pentru siguranța diagnosticului: internist, radiolog, chirurg etc). Aceste lucruri sunt de altfel ușor de acoperit în medicină pentru că de exemplu, o durere abdominală poate să fie cauzată de o problemă cardiacă șamd. Fără să punem problema lipsei de etică, recomandarea unor tratamente suplimentare nu trebuie interpretată decât ca un semn de grijă și atenție față de pacient. De cele mai multe ori, pacientul se teme să refuze ce-i propune instituția medicală în cauză.

Alt procedeu de eficientizare a activității este de a oferi servicii deosebit de solicitate, cu valoare adăugată mare, realizate în urma unor investiții minime în tehnologii medicale „de ultimă oră”. Se oferă astfel tratamente minune la probleme medicale fără rezolvare, pentru care însă pacientul ar plăti un regat (de la tratamentul calviției la acela al cancerului). Uneori aceste tratamente sunt realizate în exclusivitate de către medici aduși să practice în România preț de câteva ore pe lună (maxim o zi) din Franța sau alte țări cu nume în medicină. Știu cazuri în care efectul a fost zero și s-au cheltuit mulți bani. Alte unități medicale pur și simplu apelează la stratagema unui design „impunător” al spațiului clinicii respective, copiat din seriale de televiziune, o spoială în spatele căreia nu există de fapt competențe medicale și dotări pe măsură sau servicii la nivelul tarifelor.

Calin Mărcuşanu

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Hapciu! Ați ghicit... este răceală sau gripă!	4
Zincul - tratament pentru răceală	7
Tenul de gheșă	8
Profilaxia și recuperarea în tulburările funcționale	10
Laser-ul cu lumină fracționată	11
Metoda chirurgicală, variante de tratament a cataractei ...	12
Indexul glicemic al fructelor și legumelor	14
Dioptronul pediatric	15
Pacienți foarte mulți, oftalmologi foarte puțini!	16
Nu știu cum să trăiesc asta	18
Diabetul zaharat asociat cu virusii hepatici B și C	19
Să mănânci ca francezii	20
Obezitatea în copilărie și adolescență, factor de risc cardiovascular	22
Tahicardiile și defibrilatoarele implantabile	24
Riscul embolic în fibrilația atrială ...	25
Evaluarea copilului cu HTA	26
Infecțiile din sfera ORL cauzează frecvente pneumonii la copii.	27
Aparatele auditive intraauriculare ...	28
Laparoscopia poate necesita un program fizical?	30
Stop disconfortului digestiv!	32
Scade alarmant vârsta de debut a bolii Alzheimer	33
Interviu cu Profesorul Eliot Sorel ...	34



EDITOR Alea Negru Vodă nr.6,
bl. C3, Sc. 3, parter, 030775,
sector 3, București
Tel: 021.321.61.23
Fax: 021.321.61.30
redactie@finwatch.ro
P.O. Box 4-124, 030775
Tiraj: 25.000 ex.
ISSN 2067-0508

Hapciu! Ați ghicit...

Care este diferența între răceală și gripă?

Deși răceala și gripa au multe simptome asemănătoare, răceala este în general ușoară, în timp ce gripa tinde să fie mult mai severă ca manifestare.

Deseori, răceala debutează cu stări de oboseală, strănut, tuse și nas înfundat. Este posibil sau nu să apară și febră, dar de obicei ea este cu 1-2°C mai ridicată decât în mod normal. Pot apărea dureri musculare, iritație sau roșu în gât, ochii lacrimoși și dureri de cap. Cu cât răceala avansează, consistența mucozităților nazale devine mai groasă și se trece de la culoarea gălbuie la cea verzuie. Toate aceste simptome însă pot varia la fiecare răceală.

Răceala durează de la 3-4 zile până la 10 zile. Majoritatea adulților au 1-2 răceli/an, în timp ce copiii pot avea 5-8 răceli/an. Numărul răcelilor crește când oamenii preferă să-și petreacă mai mult timp afară.

Gripa debutează brusc și violent, cu febră de 40.5°C. Febra este însoțită de stări de slăbiciune și oboseală, tuse uscată, nas care pare să curgă la nesfârșit, frisoane, dureri musculare, dureri puternice de cap, dureri oculare și roșu în gât. Febra poate dura de la 3 la 5 zile. După vindecare este posibil ca starea de slăbiciune și oboseala sau tusea să mai dureze până la 3 săptămâni.

Gripa este des întâlnită iarna și primăvara devreme. Virușii gripei suferă mutații genetice în mod constant și acestea sunt majore la fiecare 10 ani.

Care sunt cauzele?

Peste 100 de tipuri diferite de viruși provoacă răceala. Gripa, pe de altă parte, este cauzată doar de un număr redus de viruși, anual. De aceea există vaccin pentru gripă, dar nu și pentru răceală.

Simptome Răceală obișnuită sau guturai

- febra - nu apare sau se înregistrează o stare subfebrilă (în jur de 38°C)
- frisoane - apar foarte rar
- dureri de cap - absente sau reduse ca intensitate
- stare de oboseală - redusă, nu justifică repausul total la pat
- dureri musculare - nu apar în mod obișnuit
- nas înfundat și/sau care curge
- dureri și usturimi în gât
- uneori, tuse uscată sau cu expectorații
- strănut - mai ales la început

Gripa

- febra - debutează brusc, este ridicată (peste 38°C), durează în jur de 3-5 zile

- apar adesea frisoane
- dureri de cap - frecvent, sunt puternice ca intensitate
- stare de oboseală este accentuată, necesită repaus la pat, se poate prelungi chiar 2-3 săptămâni
- dureri musculare - intense, mai ales la spate și picioare
- rareori nas înfundat și/sau care curge - acest simptom poate apărea după debutul gripei
- uneori, dureri și usturimi în gât
- tuse severă, se poate agrava
- rar, strănut

Ce tratament se recomandă?

Nu există tratament propriu-zis pentru răceală și gripă. Singura posibilitate este de a crea cât mai mult confort organismului ce luptă împotriva virușilor:

- Odihna la pat, în mod special pe timpul febrei;
- Evitarea fumatului activ/pasiv;
- Lichide multe (apă sau sucuri de fructe) pentru fluidizarea mucozităților. De asemenea, lichidele sunt foarte importante pentru rehidratare, mai ales în cazul febrei;
- Ceaiuri calde cu lămâie și miere, supă caldă de pui;
- Fără consum de alcool;
- Gargară cu apă caldă, sărată, de câteva ori pe zi pentru roșu în gât;
- Bomboane mentolate pentru tuse (ex. Halls);

este răceală sau gripă!

- Pentru copiii care încă nu-și pot sufla nasul singuri, folosirea unei pompițe pentru îndepărtarea mucozităților;
- Soluție salină pentru îndepărtarea mai ușoară a mucozităților (0,65% gr. sare).

Ce medicamente se pot lua?

Deși multe ca număr, medicamentele destinate răcelii nu o pot vindeca, ci doar o pot face mai ușor de suportat. Mai mult, e posibil ca din cauza efectelor secundare ale acestora starea generală a organismului să devină mai proastă. Înainte de a oferi orice medicament de acest gen unui copil, cereți opinia medicului! Dozele recomandate/kg corp sau vârstă trebuie respectate cu atenție. Medicamentele pentru răceală conțin, de multe ori, mai mult decât un singur ingredient.

Produsele

destinate pentru calmarea mai multor simptome nu sunt indicate dacă toate acestea nu sunt prezente. Optați pentru medicamente care tratează doar simptomele apărute, nimic în plus.

De ce antibioticele nu pot vindeca răceala și gripa?

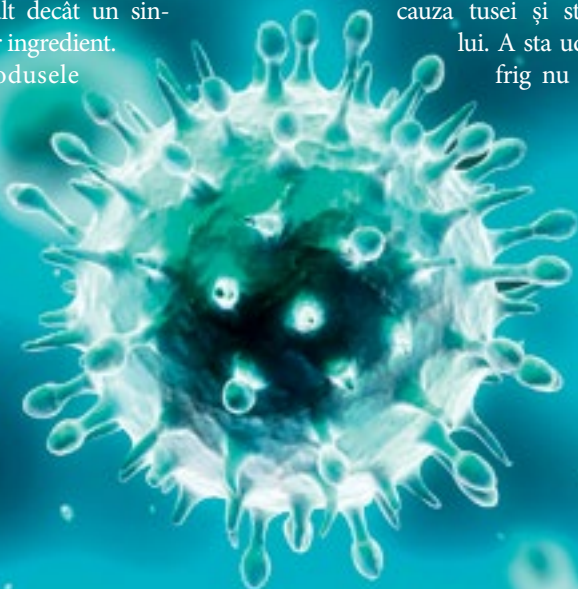
Antibioticele nu acționează împotriva virusilor. De aceea ele nu pot vindeca o răceală sau o gripă. Dar antibioticele pot fi utile în cazul infecțiilor bacteriene, cum sunt cele ale sinusurilor sau urechii.

Cum se previne răceala sau gripa?

Virusii care cauzează răceala și gripa se transmit prin contact mână-la-mână și prin aer din cauza tusei și strănutului. A sta ud sau în frig nu duce la

răceală sau gripă. De multe ori, frisoanele sunt primul semn că organismul a contactat răceala sau gripa, de aici ideea greșită: "mi-a fost frig și am răcit".

- Vaccinează-te împotriva gripei sau întărește-ți sistemul imunitar prin produse fitoterapeutice (ex. echinacea), care sporesc imunitatea nespecifică a organismului (eficiente în prevenirea răcelii, dar și a gripei)!
- Spăla-te des pe mâini cu săpun pentru a preîntâmpina răspândirea virusurilor! Nu te freca cu mâinile la ochi sau la nas, deoarece acestea sunt porți de intrare a virusurilor în organism!
- Evită colectivitățile mari de oameni (spectacole, concerte etc.), care sunt un mediu propice de răspândire a virusurilor, mai ales în perioadele de epidemie!
- Respectă măsurile de carantină impuse de maternități și spitale!
- Consumă multe fructe, legume și verdețuri proaspete! Vitaminele și mineralele îți întăresc organismul, dar te și ajută să te refaci mai repede, dacă te-ai îmbolnăvit.
- Căldura uscată din apartament afectează mucoasa nazală, iar multe dintre virusurile care provoacă răceala se înmulțesc în condiții de uscăciune. Umidifică aerul,



folosind recipiente cu apă pe care le așezi pe calorifere!

Principalul mod de prevenire este spălatul pe mâini cu săpun și apă caldă și evitarea atingerii nasului sau ochilor.

Pentru a împiedica răspândirea virusurilor este mai mult decât indicat repausul la pat, iar folosirea șervețelelor în locul batistelor este mai sigură.

Este necesară vaccinarea?

Persoanele care ar trebui să opteze pentru vaccinare sunt:

- Personalul medical sau infirmierii care au contact permanent cu bolnavii;
- Adulții și copiii cu probleme cardiace sau pulmonare;
- Adulții și copiii cu diabet, probleme renale, anemie sau sistem imunodeficient;
- Femeile însărcinate cu risc crescut pe durata sarcinii;
- Copiii aflați pe tratament prelungit cu aspirină;
- Persoanele peste 65 de ani. Persoanele din această categorie, mai sensibile decât ceilalți, pot avea probleme serioase în urma unei gripe (pneumonie) sau pot răspândi ușor virusii.

Cei care nu se încadrează în această categorie nu este necesar să se vaccineze. Totuși, dacă există interes, mai întâi trebuie cerută opinia unui medic.

Vaccinarea contra gripei se recomandă pentru lunile Octombrie și Noiembrie.

Cum tratezi răceala și gripa?

Chiar dacă se spune că gripa tratată se vindecă în 7 zile, iar

cea netratată într-o săptămână, ai grijă de tine și urmează sfatul medicului! Guturaiul și gripa pot da naștere la complicații mai grave (bronșită, pneumonie, sinuzită etc.).

Măsurile curative în răceală și gripă vizează reducerea simptomelor și prevenirea complicațiilor.

Îți sunt de ajutor produsele care decongestionează mucoasa nazală și gâtul (pastile, picături, soluții instant, inhalatii cu uleiuri volatile etc.) și cele antipiretice (dacă apare febra).

Dintre ultimele, majoritatea au la baza paracetamol. Aspirina sau orice produs pe bază de acid acetilsalicilic nu se administrează la copii sau la adolescenți, deoarece poate provoca sindromul Reye. În cazul gripei însoțite de febră mare, scăderea temperaturii corpului se impune de urgență. Dacă medicamentele nu-și fac efectul, încearcă să scazi febra prin comprese sau împachetări cu apă rece. Ceaiurile sudorifice favorizează transpirația și, implicit, scăderea febrei prin termoreglarea organismului.

Siropurile și pastilele calmează tusea seacă sau favorizează expectorația (în funcție de tipul tusei). În cazul picăturilor pentru nas, fii atentă ce alegi, deoarece unele dintre ele pot provoca dependență! Serul fiziologic, în schimb, nu are contraindicații.

Bea multe lichide ca să preîntâmpini deshidratarea!

Consumă alimente bogate în vitamina C! Deși gândul te duce imediat la citrice - fructele ca atare sau sucuri proaspete - mai poți apela la ceai de cătină sau măceșe, ardei gras, pătrunjel, kiwi sau ia suplimente

de vitamine! Nu uita și de usturoi, ceapă, condimente, miere, ghimbir (se găsește în supermarketuri) care te pot ajuta în lupta împotriva virusurilor!

Nu lua antibiotice decât la recomandarea medicului, în cazul în care constată că există și o infecție! Altfel, antibioticele nu au niciun efect asupra virusurilor care cauzează guturaiul și gripa. Doctorul îți poate indica, eventual, unele medicamente cu efect antiviral.

Dormi suficient, în acest fel ajutându-ți organismul să se refacă! Dacă ai gripă, de multe ori se impune repausul la pat, timp de cel puțin 2-3 zile.

Evită eforturile fizice intense și nu te expune la frig, curent sau umezeală!

Când trebuie sunat medicul?

În general, în cazul unei răceli sau gripe, adulții nu au nevoie de consultație medicală. Dar, dacă este vorba de un copil mic este bine ca medicul să fie sunat (de preferat sunt vizitele la domiciliu, pentru a nu înrăutăți starea micuțului).

Consultați medicul dacă apar următoarele probleme:

- Răceala care durează mai mult de 10 zile;
- Dureri sau scurgeri ale urechii;
- Dureri puternice ale feței sau frunții;
- Temperatura constantă peste 38,5°C;
- Respirație greoaie;
- Răgușală, roșu în gât și tuse ce par să nu se mai sfârșească.

Centrul Medical
BioTerraMed

Zincul - tratament minune pentru răceală

Zincul pare să fie unul dintre cele mai la modă tratamente naturale împotriva răcelii. Deși nu este foarte popular în România, în țările vestice și SUA este folosit pe scară largă, încă de la primele simptome.

Ce este zincul?

Zincul este un mineral esențial care este găsit în aproape fiecare celulă din corpul uman. Zincul are efecte antioxidante și este vital pentru rezistența organismului la infecții. Este de asemenea important pentru repararea țesuturilor. Zincul este de găsit în mod natural în crustacee, carne de vită și alte tipuri de carne roșie, nuci și semințe, fasole, lapte și brânzeturi. Ceaiul, cafeaua și anumite medicamente pot interfera cu absorbția de zinc în intestine.

Eficiența în tratarea răcelii

Până în prezent, studiile nu au putut demonstra fără urmă de îndoială eficiența zincului în tratarea răcelii. Din nouă studii, cinci au demonstrat că zincul nu diferă de tratamentul de tip placebo, iar patru au demonstrat efecte benefice. În toate studiile s-au folosit tablete de gluconat de zinc, cu o excepție. O tabletă de acetat de zinc, luată în mai puțin de 24 de ore de la apariția simptomelor unei răceli banale, reduce durata și severitatea acestora, se arată într-un

raport prezentat în The Journal of Infectious Diseases. În cadrul acestui studiu recent, dr. Ananda Prasad, de la Școala de Medicină de la Universitatea de Stat Wayne din Detroit, și alți specialiști au analizat efectele tabletelor de acetat de zinc în tratarea răcelii la 50 de voluntari în primele 24 de ore de la apariția simptomelor.

Durata medie a simptomelor răcelii (inclusiv tusea, curgerea nasului și durerile musculare) a fost de 4 zile la voluntarii tratați cu zinc, comparativ cu 7 zile, în cazul celor din grupul placebo. După 4 zile, 56% dintre voluntarii din grupul tratat cu zinc scăpaseră de răceală. În grupul placebo, niciun voluntar nu scăpase de răceală, susțin autorii studiului. Cercetătorii consideră că rezultatele se datorează efectelor antioxidante și antiinflamatorii ale zincului.

Administrare și efecte secundare

Zincul se administrează cel mai frecvent sub formă de tablete, spray-uri și geluri nazale. El este eficient dacă este administrat de la primele simptome ale răcelii



iar tratamentul trebuie continuat pe toată durata răcelii.

Tabletele se iau conform prospectului, la fiecare două sau patru ore. Un tratament de mai puțin de 6 zile este considerat sigur pentru organism. Efectele secundare pot include un gust ciudat în gură, deranjamente stomacale, iar pentru cei care preferă soluțiile nazale – pierderea mirosului. Mulți experți recomandă a nu se folosi deloc spray-urile pe bază de zinc (în 2006, Matrixx Initiatives, care producea un gel cu zinc, a căzut la înțelegere cu un grup de consumatori care au intentat acțiune juridică din cauza pierderii simțului olfactiv, ca urmare a folosirii produsului).

Copiii ar trebui să folosească mai rar sau în doze mai mici suplimentele cu zinc.

Centrul Medical Bio Terra Med

Tenul de gheishă

Ne impresionează gheșele cu tenurile lor de păpuși de porțelan. Fiecare femeie își dorește să atingă o asemenea perfecțiune a pielii, fără cosmetizarea excesivă, care ține de tradiția milenară și ritualul specific a frumoaselor dansatoare japoneze. Un asemenea ten însă nu se dobândește ușor. La gingășia, delicatețea și prospețimea lui concură foarte mulți factori.

O femeie frumoasă vrea să strălucească în orice secundă. Este un orgoliu legitim și nu o fățarnicie gratuită. Iar pentru această normalitate nu sunt îndeajuns ținutele office sau casual, coafura impecabilă, zâmbetul misterios și decolteul seducător, ci și chipul luminos și sufletul frumos, armonios. O asemenea imagine te duce cu gândul la gheșele care fascinează lumea întreagă de secole. Este visul oricărei femei de a fi perfectă. Însă, reducând frumusețea la aspectul exterior, la o piele de catifea, neagresată de pete, riduri sau acnee,

magia feminină este o ecuație foarte complexă. Ea este formată în primul rând dintr-o alimentație bogată în legume proaspete, pește, orez, fructe, sucuri naturale care reprezintă micul secret al unui stil de viață sănătos. Cum suntem în stare să facem orice pentru frumusețe, nu credem că oricare dintre noi am fi dispuse totuși să aderăm la tratamentul facial al gheșelor, a cărei taină a fost descoperită recent de saloanele americane. Acest tratament tradițional constă în curățarea în profunzime a porilor cu ajutorul unui amestec compus din excre-

mente de pasăre, extract de orez și apă îmbuteliată de la Muntele Fuji. Excrementele sunt sterilizate cu lampa UV, așa că efectul este unul fabulos. Poate tocmai de aceea, Victoria Beckham și modelul Karolina Kurkova sunt adeptele acestei terapii. Însă, nu putem să facem orice pentru frumusețe, mai ales când în joc sunt propriile mentalități, resursele financiare și timpul pe care vrem să-l acordăm chipului nostru.





Spa & Wellness

CONSULTANȚĂ PLANIFICARE IMPLEMENTARE

**MEDICAL SPA | SAUNĂ CU ABURI
SAUNĂ CU INFRAROȘU | CROMOTERAPIE
DUȘ EMOȚIONAL | RELAXARE AMBIENTALĂ**

SPA LA TINE ACASĂ ÎN 30 DE ZILE

Consultant Ina Ciurescu

Bd. Nicolae Titulescu, nr. 163, Sector 1, București, România
Tel./Fax: +40 21 210 20 07, Mobil: +40 728 58 51 74, www.leida.ro



REZONANȚĂ ACUSTICĂ - UNIC ÎN ROMÂNIA

Fără chirurgie

Proverbul „Nu există femei urâte, ci doar femei neîngrijite” spune totul despre un chip. Dacă nu vrem să abordăm ritualul japonez de înfrumusețare, ne adaptăm resurselor din

imediatele noastre vecinătăți. Unul dintre tratamente ar fi cel împotriva acneei pe care ni-l putem face din sute de amestecuri care se găsesc peste tot în revistele glossy. O variantă simplă este cea alcătuită din 50 g drojdie

și 100 g iaurt. Amestecăm aceste ingrediente și le ținem pe față timp de 15 minute. Repetăm

în fiecare seară, până când vom observa o ameliorare a tenului. Apoi sunt zeci de rețete, cum ar miracolul, spun specialiștii, dat de extractul de caviar și alge marine. La fel, mierea este recunoscută ca antidot al ridurilor.

Fiecare civilizație, popor, se laudă că deține secretul acestui elixir al frumuseții. Desigur, nu există alchimii universale. Fiecare ten este unic, așa cum fiecare femeie este unică. Dacă se simte bine în pielea ei, poate fi atrăgătoare la orice vârstă. Trebuie doar, din când în când, să mai facem câte o ședință de exfoliere a pielii, pentru a îmbunătăți circulația sângelui și a stimula regenerarea celulară. Sportul, de asemenea, ne menține tonice și suplă. Nu sunt necesare decât 30 de minute de mers pe jos,

de 3 ori pe săptămână. Secretul unei frumuseți perfecte rezidă, în fond, în modul de viață al fiecărei femei. Gheșele se pregătesc încă din copilărie pentru a deveni păpușile de porțelan care iau mințile celor din jur. Noi ne bazăm pe moștenirea genetică, pe cosmeticele avute la îndemână, pe ritualurile zilnice de înfrumusețare și pe respectul pe care-l avem față de noi însene. Sunt sute de studii, de tratate științifice care au ca obiect pielea, tenul, corpul sănătos. Însă, nu trebuie să uităm că pielea are milioane de terminații nervoase, sensibile la atingeri, iar o piele sănătoasă, iubită și mângăiată, se răsfață și se destinde ca o gheșă în compania muzicii.

Maria Dobrescu

Profilaxia și recuperarea în tulburările funcționale

În societatea modernă, individul este supus la numeroși factori ce fac posibilă apariția tulburărilor sistemului musculo-scheletar.

Incidența tulburărilor musculo-scheletare în U.E. este semnificativă:

- 33% dintre indivizi semnaleză dureri de spate,
- 23% reclamă probleme musculare la nivelul cefei și umerilor,
- 13% reclamă probleme la nivelul membrelor superioare,
- 12% semnaleză probleme musculare la nivelul membrelor inferioare.

În ordinea descrescătoare a procentului de angajați afectați, riscurile fizice semnificative ce pot da aceste tulburari, la nivelul U.E., sunt următoarele:

- activități ce presupun mișcări repetitive cu brațele
- lucru în poziții obositoare, staționare, stat în picioare sau mers excesiv
- lucru în condiții de temperatură scazută.

Pentru a face o profilaxie corectă, individul trebuie să ia în calcul fiecare element din regimul său de viață. Astfel unele alimente consumate sunt decisive în sinteza anumitor neuromediatorii:

- varza, broccoli, conopida, germenii de grâu și alunele stimulează producerea de acetilcolină, implicată în contrația musculară, controlul comportamentului și memoriei
- fasolea, nucile, produsele din soia ajută la formarea dopaminei, importantă pentru comenzi motorii, emoții, învațare și atenție.

Trebuie evitate:

- suprasolicitarea articulară (duce la uzură)
- încărcarea articulară (ducerea de greutăți obezitatea)
- frigul, umezeala.

Kinetoterapia profilactică cuprinde totalitatea metodelor și mijloacelor de realizare a tratamentului prin care se urmărește: menținerea unui nivel funcționar satisfăcător, creșterea nivelului funcțional (profilaxie primară sau gimnastică de întreținere, plimbări, jogging, gimnastică aerobică, pentru menținerea stării de sănătate), aplicarea unor programe de prevenire sau de apariție a complicațiilor în unele boli cronice (profilaxie secundară).

Tratamentul balneofizioterapeutic este cel mai important, având cea mai mare eficacitate în aceste tulburări funcționale. Medicina fizicală și de recuperare a devenit o specialitate inovatoare, fundamentată științific.

Tratamentul fizical-kinetic este individualizat și poate cuprinde proceduri precum:

- Hidro-termoterapie
- Electroterapie
- Masaj
- Kinetoterapie de recuperare

Hidro-termoterapia cuprinde proceduri ce dezvoltă o mare cantitate de caldura, folosind ca mijloc terapeutic apa sub diferitele sale forme agregare și la diverse temperaturi. Efectele sale sunt: analgezia, hiperemia, hipertermia locală și sistemică, creșterea elasticității țesuturilor.

Electroterapia este ramura balneofizioterapiei care folosește în scop profilactic și curativ curentul electric, sub diferite forme de aplicare și la intensități bine stabilite anterior. Principalele roluri ale sale sunt acelea de a reduce rețracțiile și contracturile musculare, de a asupliza musculatura și ligamentele rețracate și sclerozate, de a elimina efectele dureroase sau anchilozelor.

Masajul reprezintă o serie de manipulări executate manual, variate și aplicate sistematic la suprafața organismului, în scop terapeutic și profilactic.

Laser-ul cu lumină fracționată

Unul dintre cele mai copiate aparate, dar și nume de echipament medical, FRAXEL te ajută să îndepărtezi anii de pe chipul tău și să recapeți un aspect mult mai tânăr.

Laser resurfacing - procedeul prin care un strat întreg al pielii este îndepărtat prin acțiunea de vaporizare a apei din țesuturi cu laserul CO² sau Erbium, ocolit de multe pacienți din cauza timpului îndelungat de recuperare și al complicațiilor, a fost înlocuit de laserul fracționat de la Fraxel, din 2001.

Orice clinică care se respectă unde se realizează tratamente de întinerire deține cel puțin unul dintre aceste lasere: laserul cu lungimea de undă de 1410 nm, cea mai blândă opțiune dintre ele, cu efect non-ablativ, laserul calibrat la 1550 nm, standardul de aur pentru skin resurfacing fracțional non-ablativ sau cel mai nou laser folosește efectele ablativă ale CO², dar protejează mare parte din țesutul integru înconjurător al dermului și produce rezultate dramatice cu un singur tratament, grație tehnologiei unice patentate și aprobate de FDA.

MTZ este cuvântul cheie al tehnologiei Fraxel, adică Microscopic Treatment Zones (Zone microscopice de trata-

ment). Această tehnologie pionierată de Fraxel penetrează la o profunzime și lărgime precise, protejând celulele stem și melanocitele papilei dermale. Laserul cu lungimea de undă de 1410 nm este preferatul chirurgilor plasticieni și esteticieni - este versatil de 4 ori mai repede decât orice alt dispozitiv fracțional ablativ - grație exclusivului sistem Intelligent Optical Tracking, ce asigură ca tratamentul să fie uniform, rapid - un tratament tipic al întregii fețe durează doar 30-40 minute, ceea ce vă permite

să tratați mai mulți pacienți și să vă măriți întoarcerea investiției. Livrează cea mai largă gamă de parametri de tratament: interfața intuitivă vă ghidează prin se-

lectarea parametrilor - de la superficial la profund (5-70 mJ) și de la blând la agresiv (5-70% acoperire). Sistemul optimizează dimensiunea microscopică a spotului pentru fiecare nivel de energie, măbind penetrarea concomitent cu scăderea încălzirii în masă a țesuturilor înconjurătoare.

Este și singurul echipament fracțional ablativ ce deține

aprobarea FDA pentru discromie vasculară.

Este o tehnologie clinic dovedită - cercetări extinse cu mai mult de 3 ani de studii clinice de follow-up cu peste 2500 de pacienți și 5000 de histologii.

*Dr. Stefan Neagu
Sadoveanu
Managing Partner
mobil: 0723.23.29.20*



Company
seeTRYBUY
Aesthetic & Medical Provider

Singurul Med-Spa Provider
ce reunește cele mai renumite
brand-uri globale
de echipamente și dispozitive
de înaltă tehnologie
pentru proceduri anti-aging











Tel/Fax: 021 211 81 64
office@seebuy.ro www.seebuy.ro

Metoda chirurgicală, varianta de tratament a cataractei



Dr. Andrei Filip

Medic primar,

specialist oftalmolog

Doctor în științe medicale

Clinica AMA Optimex



www.amaoptimex.ro ■ andrei@amaoptimex.ro
Tel: 0723.889.315

Cataracta este o afecțiune oftalmologică ce determină scăderea progresivă a vederii, prin pierderea calităților cristalinului. Cristalinul este o lentilă care se află imediat în spatele părții colorate a ochiului, irisul. Caracteristica principală a cristalinului este acomodajia, prin care înțelegem capacitatea de a vedea la orice distanță.

Peste 70% dintre persoanele sănătoase cu vârste de peste 60 de ani vor dezvolta cataractă. Înaintarea în vârstă este cea mai importantă cauză a apariției cataractei. Există însă cazuri în care această afecțiune poate fi întâlnită și la persoane mai tinere.

Cataracta poate fi congenitală sau dobândită. Alți factori care pot influența sau determina apariția cataractei sunt: medicamentele (ex.: cortizon), mediile toxice, bolile sistemice (ex.: diabet), traumatismele, expunerea la raze ultraviolete și, nu în ultimul rând, ereditatea. În stadiile avansate, netratată, cataracta poate produce complicații grave.

De cele mai multe ori, cataracta afectează ambii ochi, iar scăderea vederii din această cauză nu este însoțită de durere. Principala acuză a pacientului este scăderea progresivă a vederii sau încețoșarea acesteia. Pacientul este nemulțumit de vederea sa și încearcă în zadar schimbarea ochelarilor.

Singura metodă de tratament este cea chirurgicală (operația).

Prin operație, medicul înlocuiește cristalinul opacifiat cu unul artificial, care este valabil pentru tot restul vieții. În prezent, datorită tehnologiei foarte avansate, operația de cataractă a devenit foarte puțin traumatizantă pentru pacient, recuperarea vizuală fiind, de cele mai multe ori, spectaculoasă.

Operația de cataractă cu ultrasunete (facoemulsificarea)

Cu implant de cristalin artificial foldabil (pliabil), este cea mai modernă metodă de tratament, efectuându-se printr-o incizie (tăietură) atât de mică încât nu este nevoie de sutură (cusătură). Operația durează foarte puțin, aproximativ 7 minute, se face cu anestezie locală și fără internare. Pacientul pleacă acasă după operație, urmând să stea cu pansament la ochiul operat până în ziua următoare, când se prezintă la controlul postoperator.

Operația de cataractă cu ultrasunete are o rată foarte mare de reușită, de peste 99 %. În cazul operației de cataractă cu ultrasunete este deosebit de important ca operația să se facă la momentul oportun, respectiv în momentul în care pacientul nu mai are confort vizual. În cazul în care cataracta este foarte avansată, crește riscul de apariție a complicațiilor, atât în timpul operației cât și după.

Metoda extracapsulară

În cazul în care cataracta este foarte veche, albă, brună sau dacă momentul oportun pentru intervenție este depășit cu mult timp, există riscul ca operația cu ultrasunete să nu se mai poată efectua; în acest caz se poate opta pentru operația de

cataractă prin metoda extracapsulară, o metodă foarte traumatizantă în comparație cu facoemulsificarea, cu incizie (tăietură) mare, recuperarea după operație fiind mult mai lentă.

Pacientul trebuie să respecte indicațiile pe care le primește de la medicul oftalmolog atât înainte de operație cât și după. Tratamentul postoperator, respectat de pacient, influențează în mod direct rezultatul vizual final.

După operația de cataractă cu implant de cristalin artificial monofocal se pierde acomodarea, astfel că pacientul va avea nevoie de ochelari de aproape sau de distanță, după necesitate.

Cristalinele monofocale

Se împart în sferice și asferice, acestea din urmă, mai moderne, oferind o vedere mai clară și un contrast mai bun.

Există cristaline monofocale torice, care se recomandă celor cu astigmatism. Cristalinele

artificiale foldabile multifocale oferă o vedere bună atât la distanță cât și aproape, satisfacția pacientului fiind foarte mare. După acest tip de implant de cristalin artificial pacientul nu mai este dependent de ochelari în peste 85% dintre activitățile zilnice.

Cristalinele artificiale multifocale

Sunt personalizate și se adresează persoanelor cu dioptrii extreme, sferice, cilindrice sau amândouă și se fabrică la comandă, în urma unor măsurători.

În concluzie, este bine ca operația de cataractă să se facă atunci când confortul vizual începe să scadă. Așteptarea nu duce decât la complicații și la scăderea calității vieții.

www.cataracta.ro



Talon

Premiile revistei

săptămâna
MEDICALĂ

Trimite pe adresa redacției talonul completat cu litere majuscule și vei câștiga un abonament la revistă și alte premii constând în produse medicale.

Expeditor: Nume, prenume

Vârsta/Profesie

Județ/Localitate

e-mail

Doresc să primesc prin e-mail știri și recomandări medicale

DA

NU

Unitatea medicală care v-a oferit revista

Observații despre revistă (punctați de la 1 la 5):

Tipar

Calitate articole

Ilustrație revistă

Alte mențiuni și recomandări de la cititori pentru redacție

Indexul glicemic al fructelor și legumelor

Fructe proaspete

Mere	38
Protocale	42
Pere	38
Piersici	42
Struguri	53
Căpșuni	40
Zmeură	x
Coacăze	53
Cireșe	63
Banane	52
Lămâi	x
Lămâi verzi	x

Legume proaspete

Ghimbir	x	Conopidă	x
Usturoi	x	Ciuperci	x
Salată verde	x	Spanac	x
Cartofi noi	47-70	Mazăre	48
Roșii	x	Dovlecel	x
Morcovi	41-47	Castravete	x
Țelină	x	Fasole păstăi	x
Ceapă (roșie sau albă)	x	Asparagus	x
Ceapă verde	x		
Ardei gras	x		
Roșii Cherry	x		
Broccoli	x		

După cum se observă, cei cu glicemia crescută și cărora li se recomandă un regim hipoglicemic au restricții la aproape toate fructele, cu excepția lămâilor și a zmeurei, dar pot consuma la liber orice legumă, mai puțin cartofi noi, morcovi și mazăre, total contraindicate.



Talon

Premiile revistei

săptămăna
MEDICALĂ



Destinatar: Fin WATCH,
Aleea Negru Vodă nr. 6, bl. C3,
sc. 3, parter, sector 3, București,
P.O. Box 4-124, 030775,
Tel: 021.321.61.23; **Fax:** 021.321.61.30
e-mail: redactie@finwatch.ro
www.saptamanamedicala.ro

Pentru a participa și câștiga premiile revistei, expediați prin poștă talonul la adresa redacției sau prin fax/e-mail fața talonului cu datele dumneavoastră de identificare

Se ia în considerare o singură expediție nominală per ediție

Dioptronul pediatric – un pas înainte în examinarea oftalmologică la copilul mic



Dr. Crista Preda - medic
specialist oftalmolog
CENTRUL EURO OPTICS
Tel. 0214109110,
0724077923, 0769220411
www.euro-optics.ro



Vă găsiți timp să mergeți la medic pentru un control general. Reușiți să vă duceți copilul la dentist, pentru controlul periodic. Dar încă nu ați ajuns la oftalmolog?

Starea sănătății ochilor este de cele mai multe ori neglijată deși darul cel mai prețios este vederea.

Mulți părinți se întreabă uneori: copilul meu vede bine? Însă cei mai mulți aduc copilul la un prim consult abia după vârsta de 3-4 ani, gândindu-se că doar atunci copilul este apt pentru asta. Decizia de a vizita medicul oftalmolog se mai ia dacă părintele observă unele semne de strabism sau dacă puilul lor se plânge de ceva care are legătură cu vederea (îl doare capul, îl dor ochii, clipește des, stă prea aproape de televizor etc).

Foarte puțini părinți, din păcate, aduc copilul la un prim consult oftalmologic la o vârstă fragedă (până într-un an) pentru a se putea depista mai din timp dacă micul pacient are o problema cu vederea, ceea ce din fericire, tehnologia de investigație oftalmologică permite deja de mult acest lucru.

Astfel, exista în dotarea unora dintre cabinetele oftalmologice autorefractometrul pediatric (dioptronul pediatric), de ex. Plusoptix A09, care depistează de la o vârstă de doar 6 luni eventuale vicii

de refracție sau strabismul, în condițiile în care un dioptron obișnuit poate determina dioptriile unui copil abia la 3 ani și jumătate-4 ani.

Dioptronul pediatric măsoară în doar cateva secunde și simultan (binocular) refracția ambilor ochi, oferind date exacte despre:

- dioptrii (sferă, cilindru, ax)
- strabism (dacă el există sau nu)
- diametru pupilar (anizocoria-diferența între dimensiunea pupilelor- poate reprezenta semnul unei suferințe neurologice).

Aparatul este total neinvaziv și nu necesită dilatarea pupilei. Micul pacient este ținut în brațe de către părinte, la distanța de 1 metru de aparat, iar acesta va înregistra într-un timp foarte scurt datele menționate anterior. Această simplă măsurătoare cu dioptronul pediatric semnalează orice posibilă problemă cu ochii a copilului. Dacă viciile de refracție sau strabismul nu sunt depistate și corectate când problema se poate rezolva complet,

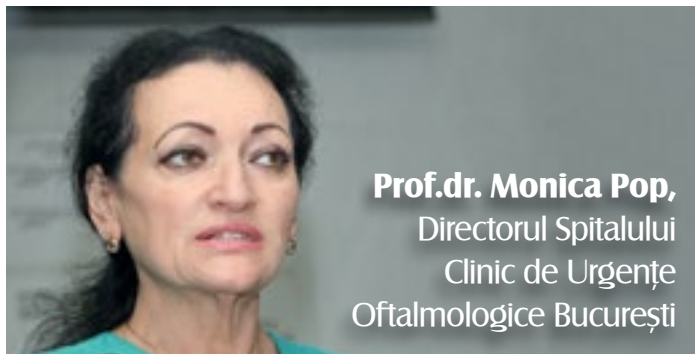
atunci acel copil poate ajunge să sufere de ambliopie (ochi leneș). Tratatamentul ambliopiei se poate face cu rezultate foarte bune și mai rapid până la vârsta de 3 ani, mai lent și cu rezultate mai slabe până la 6-7 ani, iar după 8-9 ani acest tratament devine aproape ineficient.

În cadrul unui examen complet, prin metode adaptate vârstei și cu aparatură modernă, se poate realiza examinarea fundului de ochi la copil, control care va necesita dilatarea pupilei.

În concluzie, controlul preventiv și apoi periodic (funcție de problemele constatate) este binevenit. Doar așa putem ajuta copilul să aibă o vedere perfectă, să crească frumos, fără probleme, în mediul competitiv în care trăim astăzi.



Pacienți foarte mulți, oftalmologi foarte puțini!



Prof.dr. Monica Pop,
Directorul Spitalului
Clinic de Urgențe
Oftalmologice București

Este adevărat sau fals mitul: „Orice persoană are nevoie de ochelari?”. Vă rog să comentați acest dicton și cum este el perceput în România?

Afirmația „orice persoană are nevoie de ochelari” este o realitate, nu este un mit. Oamenii se pot naște cu un viciu de refracție, aceasta însemnând că imaginea nu se formează pe retină și atunci ochiul respectiv are nevoie de o lentilă pentru a-și aduce imaginea acolo unde trebuie. Dar dacă ochiul este normal, la vârsta de 40 de ani apare totuși prezbiopia și trebuie ochelari pentru citit, pentru că omul începe să întindă din ce în ce mai departe mâna cu textul pe care-l are de citit.

Absolut orice persoană care se naște pe acest pământ are

nevoie de ochelari, mai devreme sau mai târziu. Depinde dacă înainte sau după 40 de ani. Totuși, mai puțin de 30% din cei care se prezintă la medic atunci când trebuie cei mai mulți vin cu întârziere.

Câtă importanță se acordă oftalmologiei în țara noastră, pe o scară de la unu la zece? Suntem aliniați din punct de vedere tehnologic celor mai noi terapii în domeniu?

În România i se acordă o importanță destul de serioasă oftalmologiei, pe o scară de unu la zece aș putea să spun că se apropie de 8-9 puncte. Din punct de vedere tehnologic, suntem foarte aliniați noilor terapii în domeniu. Chiar recent m-am

întors de la un congres de oftalmologie care s-a ținut în Spania și vreau să vă spun că, realmente, suntem în situația de a avea, cred, toată aparatura modernă care există la nivel mondial.

Unii oameni „nu văd cu ochi buni” purtarea ochelarilor, considerând-o un handicap. Vă confrunțați des cu această mentalitate?

Am destui pacienți de o anumită etnie cu care am avut întotdeauna relații foarte bune și foarte civilizate, dar care au o percepție greșită din acest punct de vedere. Dar să știți că nu numai ei sunt în această situație. Există mulți oameni care refuză, mai ales copiii care primesc tot felul de porecle de la ceilalți colegi, precum „aragaz cu patru ochi”, „biciclist”, „sticle de sifon” sau mai știu eu ce. În familie și la școală ar trebui să existe o educație specială pentru copilul cu o deficiență de genul acesta. Dar să știți, este o nenorocire, dacă un copil are un defect serios, mai ales dacă problema este unilaterală, la un singur ochi, și nu poartă ochelari. Ochiul acela se dezobișnuiește să vadă și poate

să rămână așa toată viața, pentru că recuperarea vederii se poate face numai până la vârsta de șase ani. Mai târziu, orice fel de încercare este inutilă, iar copilul va deveni un adult fără vedere corectă în spațiu, rămânând toată viața cu un handicap foarte serios.

Vă rog să alcătuiți o ie-rarhie a celor mai frecven-te probleme oculare.

Cele mai frecvente sunt viciile de refracție, apoi sunt problemele de urgență oftalmologice, printre care: ochiul roșu dureros (și conjunctivita se manifestă prin ochi roșu, dar nu este dureroasă și deci nu este o urgență), scăderea bruscă de vedere și orice fel de traumatologie reprezintă o problemă oculară. Urmează fenomenul pe care-l cunoaștem toți, cataracta, care este o patologie din ce în ce mai frecventă la nivel mondial. Vreau să vă spun că în spitalul nostru se fac, în unele zile, peste o sută de operații pe zi, deci este foarte mare numă-

rul de intervenții chirurgicale. Vin apoi strabismele la copii. Glaucomul este iarăși o problemă care dă multă bătaie de cap oftalmologilor și pacienților pentru că boala înseamnă o tensiune intraoculară mare care distruge cu timpul nervul optic. Și nu în ultimul rând, problemele retiniene.

Există programe de dez-voltare pentru cataracte, glaucom, susținute de Ministerul Sănătății?

Da, există program de glaucom. Toată medicația antiglaucomatoasă este gratuită pentru bolnavi. Însă numărul de pacienți este foarte mare iar cel al oftalmologilor mult prea mic. Ar trebui să existe centre specializate pentru anumite boli și, când spun aceasta, mă refer la un centru de oftalmopediatrie, la un centru de glaucom. Un centru de diabet există, se numește „Ochiul diabetic” un centru special pentru tratamentul cu laser al acestei afecțiuni.

Care este stadiul revizuirii statutului pacienților cu probleme grave oftalmologice?

Dacă ne referim la oamenii cu un handicap vizual, sunt foarte multe lucruri nelalocul lor. Handicapul vizual are o indemnizație destul de bună și, din această cauză, sunt foarte multe fraude. Îmi pare foarte rău să spun, am văzut sute de pacienți care aveau certificat de handicap și care nu se încadrau în categoria respectivă. Îmi pare rău pentru și pentru medicii care fac asemenea lucruri. Este un gest incorect față de ceilalți pacienți care au un handicap real și nu au certificat pentru că au fost încadrați la limită.

Vă rog să ne spuneți dacă s-a efectuat un control al comisiilor care acordă certificate de handicap și care sunt concluziile și măsurile luate de această comisie?

Nu prea s-a efectuat un astfel de control al comisiilor. Avem probleme cu județe unde s-au dat certificate de handicap vizual neacoperite. Vă rog să mă credeți că din câteva sute de pacienți cu handicap vizual pe care i-am văzut, la noi funcționând o comisie de litigii (era vorba de pacienți care au făcut ei contestații la soluția comisiei locale sau pacienți care au fost reclamați de cineva), doar 4-5 oameni aveau dreptate, restul erau încadrați fraudulos și au încasat acești bani fără să merite.



Nu știi cum să trăiesc asta...



Cristina Fülöp

*Psiholog psihoterapeut
Cabinet Individual
de Psihologie, București
Tel. 0722 509 713; 0748 752 538*

„Sora mea a fost diagnosticată cu tulburare de conduită alimentară”, „soțul meu suferă de depresie”, „mama nu mai iese din casă pentru că este agorafobică și face atacuri de panică”, „soția mea are depresie post-partum”, „fiica mea este internată în spital pentru că a încercat să se sinucidă”.... „eu ce mă fac?, cum să mă port cu ea/cu el?, „ce să spun celorlalți despre ce se întâmplă?”, „nu știu ce să fac”....

Așa începe, de cele mai multe ori, discursul celor ai căror oameni dragi traversează momente delicate.

Ce simt „aparținătorii” (cum sunt ei numiți de către medici și psihologi)? Ce gândesc ei? Cum manageriază situația?

Cel mai frecvent în cabinetul de psihoterapie, întâlnesc trei tipuri de atitudini ale aparținătorilor: atitudinea de negare și nonacceptare a tulburării – „nu! copilul meu nu poate să aibă această problemă!”, atitudinea de ascundere sub preș de tipul „prostii! astea nu sunt probleme, doamnă! unii n-au ce mânca și noi discutăm de prostii psihologice! așa ceva nu există!” și cea de-a treia, atitudinea de tipul „și eu ce să fac acum, că lucrez toata ziua și n-am timp și oricum nu mă pricep”...

Ce este important să știți, dacă vi se întâmplă să trăiți asta? Cum este mai bine să reacționați în cazul în care o persoană apropiată și dragă dumneavoastră, trece printr-un dezechilibru interior?

În primul rând, dacă nu ați făcut-o deja, ar fi bine să acceptați ceea ce se întâmplă. Dacă plecați de la premisa că nimanui nu îi place suferința și că oricui îi este greu să accepte starea de „ne-bine”, deja ați făcut primul pas în direcția bună. **Acceptarea unei situații și asumarea propriului rol în rezolvarea ei, vă**

va face să vă simțiți mai confortabil și să vă direcționați resursele pentru identificarea și implementarea soluțiilor. Mai departe, ar fi util să conștientizați că, ceea ce se întâmplă celui drag, cu efect și asupra dumneavoastră, este soluționabil cu ajutorul unor specialiști – psihoterapeuți și medici psihiatri, a medicamentelor psihotrope, precum și a psihoterapiilor existente tocmai pentru astfel de situații.

E important însă, să înțelegem că tratarea unei astfel de probleme presupune o munca de echipă, iar această echipă vă include și pe dumneavoastră. Astfel, participarea activă și implicată a fiecărui membru de familie, alături de specialiști, grăbește și asigură reechilibrarea celui aflat în suferință.

Dar ce presupune această participare?

Cereți informații de la specialiști în legătură cu simptomatologia, prognosticul tulburării și desfășurarea tuturor terapiilor cărora le va fi supus pacientul. Consultați medicul psihiatru în legătură cu detaliile administrării medicației și apariția posibilelor efecte secundare, pe toată durata tratamentului medicamentos. Discutați cu psihoterapeutul despre cele mai adecvate și utile modalități de suport psihologic pe care le aveți la îndemână și nu ezitați să le folosiți. Încercați să fiți cât mai prezenți emoțional în realitatea pacientului și astfel îi veți putea oferi ce are nevoie, atunci când are nevoie.

Nu încercați să minimalizați importanța diagnosticului, crezând că va trece pur și simplu. Un dezechilibru psihic are cauze concrete, care trebuie identificate și rezolvate. Nu încercați să bagatelizați problema în fața pacientului și nu încercați să îl faceți să creadă (lucru de altfel neadevărat) că nu este reală, ci închipuită. Nu vă imaginați că este suficientă voința celui afectat, pentru ca problema să dispară. **Depașiți-vă credințele conform cărora, există doar afecțiuni organice și, mai ales, depașiți-vă prejudecățile legate de bolile psihice și asocierea acestora cu sentimente de vină, rușine și mai ales cu neasumarea.** Puteti rezolva sau contribui la rezolvarea unor probleme, doar dacă acceptați că ele există.

Diabetul zaharat asociat cu virusii hepatici B și C

Am ales această temă de studiu, de maximă actualitate medicală, datorită complexității sale patologice și datorită numărului mare de pacienți pe care i-am întâlnit în practica clinică. Studiul este efectuat pe un lot de 254 de pacienți cu diabet zaharat asociat cu diferite afectări hepatice în cadrul Institutului Clinic Fundeni și Institutului Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" București.

Hepatita virală

Hepatita cu virus C (56,3 %) are incidența cea mai mare. Într-un procent mai mic este prezentă hepatita cu virus B (31,2 %). Asocierea dintre diabet și coinfecția HVB+HVC este observată la 12,5 % din pacienții luați în studiu.

În hepatita cronică cu virus C se constată modificări ale metabolismului glucozei, respectiv diabet zaharat sau scăderea toleranței la glucoză, care de cele mai multe ori preced diagnosticul afecțiunii hepatice.

Vârsta înaintată, obezitatea, dislipidemia și ereditatea diabetică sunt factori asociați pentru o incidență crescută a diabetului zaharat la pacienții cu hepatită cronică C, alături de factorul viral.

Ciroza virală

Se remarcă o incidență crescută a virusului C (ciroză+HVC 72,8 %). Procente mai mici- ciroza cu HVB (18,2 %) și ciroză asociată

coinfecției HVB+HVC (9 %).

Majoritatea persoanelor infectate cu HVC dezvoltă infecția cu HVC cronică, care se caracterizează prin prezența a HVC (ARN) în sânge și o mare probabilitate de dezvoltare a bolii cronice de ficat, inclusiv ciroza hepatică și cancerul hepatic.

Hepato-patologia de cauză virală ocupă locul fruntaș. Atât în cazul hepatitelor virale, cât și în cirozele de etiologie virală, prezența virusului C asociat diabetului a fost notat în majoritatea cazurilor.

Importanța analizelor de laborator care evidențiază infecția cronică cu HVB sau HVC, Ag HBs respectiv Anti HVC este dovedită.

Efectuarea testului specific de diagnostic al HVC cu depistarea de anticorpi ai virusului hepatitei virale C anti-HVC, constituie dovada prezenței virusului HVC, și este necesară pacienților cu diabet zaharat asociat cu patologii hepatice.

Un accent deosebit trebuie pus și pe importanța vaccinării

împotriva hepatitei cu virus B. Vaccinarea este cea mai bună metodă de prevenție pentru hepatita B. Vaccinarea de rutină împotriva hepatitei, a avut un impact semnificativ în reducerea numărului de cazuri noi de infecție cu HVB pe an.

Depistarea precoce a afecțiilor hepatice asociate diabetului zaharat alături de respectarea regimului alimentar și tratamentului medicamentos recomandat de medicul curant este importantă în tratarea bolii.

Dr. Haris Cojocaru
Doctorand Specialitatea
Gastroenterologie,
Institutul Clinic Fundeni,
București.



Să mănânci



Un studiu recent pune în evidență faptul că obiceiurile alimentare se reduc, în final, la o problemă de cultură. Conform lui, americanii primesc ceea ce doresc, nu îi interesează neapărat gustul, cât cantitatea. De aceea, probabil, porțiile reduse din Franța nu i-ar mulțumi. „Rezultatul studiului arată că dacă cineva servește porții mai mici decât ar mânca în mod normal, s-ar sătura”, spune cercetătorul Paul Rozin, psiholog la Universitatea din Pennsylvania.

O problemă a tuturor

Toți supraponderalii își doresc să piardă din greutate. Soluția este să reducă porțiile, să pună accent pe calitatea mâncării și nu pe cantitate, pe savoare, arome. Până la urmă, mâncăm pentru

ca să trăim, nu trăim pentru a mânca, așa cum spune o vorbă înțeleaptă și cum putem învăța de la stilul de viață al francezilor.

Până de curând, Europa considera obezitatea ca fiind „o problemă a americanilor”. „Într-

un fel, râdeam de americani”, a afirmat Markos Kyprianou, fost comisar european al sănătății și protecției consumatorilor, adăugând că obezitatea „este acum o problemă europeană”.

Studiul amintit vorbește, în fond, despre paradoxul francez care relevă că, în ciuda bogăției culinare a francezilor, aceștia sunt mult mai slabi decât americanii. Concret, doar 7% dintre francezi sunt obezi, în comparație cu 30% dintre americani. Grupul de cercetători a investigat acest fenomen, comparând alimentele, restaurante-

ca francezii

le, cărțile de bucate și stilul de a mânca din cele două țări. Așadar, secretul francezilor de a se păstra în formă - el ar trebui să fie un obiectiv pentru oricine dorește să slăbească - îl reprezintă porțiile mici.

Je sais cuisiner

În cadrul studiului, specialiștii au măsurat porțiile de la 11 restaurante similare din Paris și Philadelphia - fast food, pizzerii, restaurante etnice etc. - și au constatat că porția medie în Paris este cu 25% mai mică decât cea din Philadelphia, iar restaurantele chinezești din Philadelphia serveau preparate cu 75% mai mari, în ce privește cantitatea, decât cele din Franța. Investigația a cuprins și alimentele servite în supermarket. Un baton de ciocolată american este cu 41% mai mare decât cel vândut în Paris, o băutură răcoritoare vândută la restaurantele din supermarket este cu 52% mai mare, hot-dogul este cu 63% mai mare și un set de carton cu pahare de iaurt este cu 82% mai mare, au arătat ei. Chiar și cărțile de bucate diferă, porțiile recomandate fiind mai mari în „The Joy of Cooking”, față de „Je sais cuisiner”. Americanii gătesc folosind mai multă carne și mai puține legume. Parizienii stau în fast food 22

de minute pentru a servi masa, în timp ce americanii mănâncă repede, în doar 14 minute.

Analizând datele acestui studiu, suntem convinși că românii se apropie foarte mult de

americani în ceea ce privește stilul de a mânca, și mai puțin de francezi. Poate, de aceea, obezitatea și diabetul înregistrează o creștere alarmantă la noi, mai ales în rândul copiilor.

Fast-food în cifre

- **37% dintre copiii** și adolescenții americani depășesc greutatea normală
- **2 din trei adulți** suferă de obezitate
- **1 din patru americani** vizitează zilnic un fast-food
- pentru a scăpa de caloriiile “furnizate” de un meniu tip

fast-food ar trebui să mergem continuu **7 ore**

- în S.U.A. se consumă mai mult de **1.000.000 de animale/oră**
 - majoritatea nutriționiștilor recomandă **o singură masă** la fast-food pe lună
- Maria Dobrescu**



Obezitatea în copilărie factor de risc

Există dovezi incontestabile că unii factori de risc care conduc la boli cardiovasculare, la vârsta adultă, acționează încă din timpul primelor două decade de viață. În ultimul timp, dintre acești factori obezitatea pare a avea o pondere din ce în ce mai mare în rândul copiilor și adolescenților, atât pe plan național cât și în țările occidentale.

O evaluare cantitativă a gradului de țesut adipos în exces la copii este împiedicată de un număr de factori incluzând efectele pubertății și masa corporală crescută produsă de antrenamentul izometric la adolescenți. Totuși, indicele de masă corporală (IMC), definit ca raportul dintre greutate și pătratul taliei, poate servi ca instrument util pentru evaluarea copiilor privind obezitatea. Obezitatea la copil este definită ca IMC peste percentila 95 pentru vârstă și sex, iar riscul de obezitate, IMC situat între percentilele 85 și 95.

Câteva studii realizate în ultimii 10 ani au demonstrat o creștere rapidă a prevalenței obezității la copii. În USA, se apreciază că 22% dintre copiii de 6-11 ani au obezitate, cu 15% mai mult decât în 1960.

În România, după unele studii, 15% dintre copiii de 6-10 ani au îndeplinit criteriile pentru obezitate.

În copilărie, cele mai multe cazuri sunt reprezentate de obezitatea primară corelată cu alimentația incorectă, excesivă caloric, dezechilibrată, bogată în hidrați de carbon și grăsimi. Însă, trebuie să subliniem că există numeroase dovezi care sugerează o influență genetică puternică în dezvoltarea obezității copilului - asocierea obezității parentale cu obezitatea copilului este semnificativă.

Prevalența obezității în copilărie pare a fi modificată semnificativ de un număr de factori de mediu incluzând clima, statutul socioeconomic, mediul urban vs. rural și dimensiunea familiei. Urmărirea obezității din copilărie până în adolescență și la vârsta adultă a fost bine documentată. S-a sugerat că indivizii cu un IMC la percentila 85 cu complicații de obezitate ca rezistență la insulină, hipertensiune arterială și tulburări ortopedice legate de obezitate, precum și indivizii la



rie și adolescență, cardiovascular



percentila 95 fără aceste complicații pot beneficia de evaluări și intervenții.

Care sunt cauzele obezității secundare

În prezența unui copil obez, cauzele obezității secundare trebuie eliminate. Acestea includ afecțiuni genetice, dintre care sindromul Prader-Willi este cel mai frecvent, anomalii endocrine ca hipotirodismul, sindromul Cushing, sindromul ovarului polichistic, tulburări psihologice, precum bulimia la copil sau la alți membri ai familiei.

O investigație completă a obezității trebuie să includă un profil al lipoproteinelor a jeun, măsurători seriate ale tensiunii arteriale și o determinare a jeun a glicemiei și a insuline-miei. Când sunt sugerate anomalii endocrine sau genetice, este indicată consultarea specialiștilor corespunzători.

Numeroase studii pe adulți și adolescenți au arătat o serie de relații patogenetice și etiologice între obezitate și hipertensiunea arterială esențială (HTA), obezitatea favorizând instalarea HTA. În plus, atât

obezitatea cât și HTA sunt componente importante ale sindromului metabolic, iar toate acestea, împreună sau separat, sunt bine cunoscuți factori de risc cardiovascular.

O serie de studii vizând populația adultă au demonstrat o relație clară între obezitatea la vârsta copilăriei și obezitatea la vârsta de adult. Obezitatea dobândită în anii copilăriei va continua deseori la adult și va genera evenimente adverse cardiovasculare la adultul matur sau vârstnic.

Profilaxia obezității la copil

Aceasta presupune adoptarea unui stil de viață sănătos cu alimentație corectă, fără exces de dulciuri sau grăsimi, bogată în fibre și activitate fizică corespunzătoare. Profilaxia obezității în copilărie înseamnă profilaxia obezității la adult și înlăturarea unui factor major de risc cardiovascular.

Conf. dr. Angela Butnariu
*Cabinet Medical Butnariu,
 Cluj-Napoca, Universitatea
 de Medicină și Farmacie
 „Iuliu Hațieganu”*

Tahicardiile și defibrilatoarele implantabile

Inima este un mușchi care pompează sânge bogat în oxigen și substanțe hrănitoare către toate celulele organismului. Are două camere în partea superioară (atriile) și două în cea inferioară (ventriculele).

Activitatea inimii este declanșată de impulsuri electrice produse de stimulatorul natural al acesteia, nodul sinusal, aflat în atriu drept. Impulsurile călătoresc prin masa musculară a atrilor, determinându-le să se contracte, după care, trecând printr-o joncțiune aflată în mijlocul inimii (nodul atrioventricular), se transmit în întreaga masă musculară a ventriculelor, declanșând contracția acestora. Următorul impuls declanșează un nou ciclu.

Inima sănătoasă bate regulat, cu o frecvență (puls) de 50-80 bătăi/minut atunci când ne aflăm în repaus. Acest ritm poate crește ușor peste 100 bătăi/minut atunci când efectuăm o activitate fizică. Nodul sinusal este responsabil pentru această ajustare. El este stimulat la rândul lui de hormoni și de sistemul nervos.

Creșterea ritmului cardiac peste 100 de bătăi/minut se numește tahicardie. Aceasta devine periculoasă în momentul în care pulsul atinge valori de peste 170-180 bătăi/minut. Tahicardiile sunt cu atât mai periculoase cu cât originea impulsurilor electrice care activează inima se află în ventricule în loc de nodul sinusal. Această formă de aritmie, numită tahicardie ventriculară, este adesea însoțită

tă de o senzație de amețală și de slăbiciune.

În cazul în care ritmul cardiac crește în continuare, tahicardia se poate transforma în fibrilație, pe parcursul căreia în inimă nu mai există nici un fel de activitate organizată. Aceasta este o situație periculoasă pentru viața pacientului.

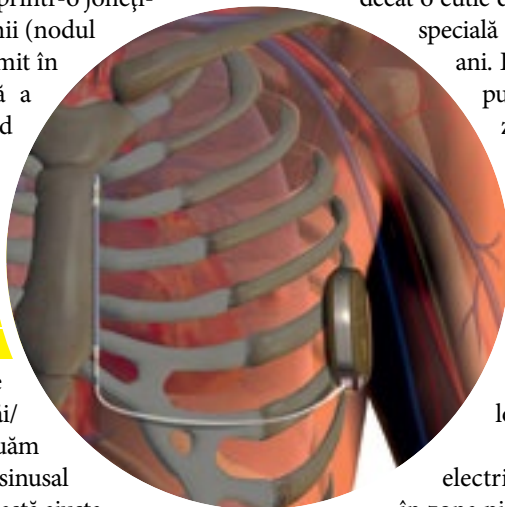
Pacienții cu boli coronare sau cu insuficiență cardiacă sau după un infarct miocardic prezintă un risc crescut de apariție a fibrilației.

Situațiile critice pot fi depășite cu ajutorul unui impuls electric, așa-numita defibrilare. În acest fel, toți mușchii inimii sunt excitați în același timp, dând astfel posibilitatea nodului sinusal să preia controlul inimii printr-o stimulare regulată. Aceasta o poate asigura defibrilatorul implantabil, care evită sau oprește la timp aritmiile ventriculare rapide și restaurează ritmul cardiac normal. Sistemul conține trei componente: generatorul de impulsuri, electrozii și un sistem de programare.

Generatorul de impulsuri este un dispozitiv cu un volum de aproximativ 36 cc, un pic mai mare decât o cutie de chibrituri, a cărui baterie specială poate rezista între 5 și 10 ani. El lucrează ca un mic computer. Defibrilatorul asimilează informații despre ritmul cardiac cu ajutorul electrozilor, verifică dacă este prea lent sau prea rapid și dacă inima bate regulat sau neregulat și acestea sunt memorate sub forma unor ECG. Aceste date conțin informații valoroase pentru cardiolog.

Generatorul de impulsuri electrice este introdus sub piele în zona pieptului. De cele mai multe ori, o anestezie locală este suficientă pentru această operațiune.

Conectarea la inimă se face cu ajutorul electrozilor. În timpul operației, aceștia sunt introduși printr-o venă până în interiorul inimii. Funcționarea defibrilatorului este apoi testată și ajustată în funcție de caracteristicile fiecărui pacient.



Ing. Robert Alexandru,
Silva Trading

Riscul embolic în fibrilația atrială

Fibrilația atrială este cea mai frecventă aritmie cardiacă și numele ei provine de la faptul ca inima, în loc să aibă o contracție coordonată, „fibrilează”, contracțiile succedându-se anarhic, la intervale de timp variabile (de unde și primul nume de „delirium cordis”) atribuit acestei afecțiuni, în 1876, de Carl Nothnagel.

Riscul fibrilației se dublează cu fiecare decadă la vârsta adultă, astfel încât peste 8% din persoanele în vârstă de 80 de ani sunt în fibrilație.

Din punctul de vedere al activității electrice a inimii, impulsurile generate în mod normal de nodul sinusal sunt înlocuite de impulsuri electrice dezorganizate cu originea în atri, care produc un ritm neregulat, în episoade, care pot dura de la câteva minute la săptămâni sau se pot permanentiza. Tendința naturală a fibrilației este de a se transforma într-o condiție permanentă. Fibrilația atrială cronică antrenează o creștere de 1,5-1,9 ori a mortalității.

Fibrilația atrială se clasifică, după durata ei, în: prim episod de fibrilație (detectat prima oară), paroxistică (episoade recurente care cedează spontan în mai puțin de 7 zile), persistentă (episoade repetitive care durează peste 7 zile) și permanentă sau cronică.

Fibrilația atrială este adesea asimptomatică, detectată la un examen de rutină și poate fi bine tolerată, după cum poate duce la palpitații, dureri toracice, lipotimii sau insuficiență cardiacă. Persoanele aflate în fibrilație atrială au un risc crescut (de până la 7 ori) de accidente embolice. Din cauza contracțiilor necoordonate și de intensitate variabilă, sângele tinde să stagneze în cavitățile inimii - atri și, mai ales, apendicele atrial stâng -, formând cheaguri (trombi) atașate de pereți, care însă se pot desprinde și migra în periferie unde se inclavează într-un vas distal pe care-l obstruează (embolie). Riscul embolic în cazul fibrilației depinde în mare măsură de contextul în care apare această aritmie.

Fibrilația poate fi:

- izolată (apare la persoane sub 60 ani, în absența altor afecțiuni cardiovasculare, inclusiv

hipertensiunea și a afecțiunilor pulmonare),

- nonvalvulară (în absența valvulopatiei mitrale reumatismale și nereumatismale și în absența intervenției chirurgicale pe valvă)
- secundară (ca o consecință a unei afecțiuni cardiace-infarct miocardic, miocardită, pericardită, intervenție chirurgicală cardiacă sau noncardiacă - hipertiroidie, embolie pulmonară, pneumonie).

Cu cât patologia asociată fibrilației atriale este mai complexă cu atât riscul embolic este mai mare. Emboliile pot avea varii localizări - embolii periferice, care induc un sindrom de ischemie acută într-un membru și care necesită intervenție chirurgicală (embolectomie) de urgență, embolii mezenterice (în vasele care irigă intestinele) sau accidente vasculare cerebrale embolice.

Scopul tratamentului este de a converti ritmul cardiac în ritm normal, sinusal (cardioversie) sau, dacă acest lucru nu este posibil, de a minimiza riscul emboliilor prin administrarea tratamentului anticoagulant.

Dr. Ildiko Marusteru
medic primar cardiologie

Evaluarea copilului cu HTA

Hipertensiunea arterială (HTA), cea mai frecventă boală cardiovasculară a adultului, poate apărea cu o frecvență mult mai redusă (2% din cazuri) și la copil. Valorile normale ale tensiunii arteriale la copii depind de vârstă, înălțime și greutatea corporală, astfel încât la un copil de până la 5 ani valorile maxime ale normalului sunt 115 mmHg pentru tensiunea arterială sistolică și 75 mmHg pentru cea diastolică, ele putând ajunge la valori de 125-130/80-85 mmHg la copilul mai mare.

Simptomele unui copil cu HTA pot fi: cefalee, greață, vărsături, pierderea apetitului, epistaxis, palpitații, vertij, tulburări de vedere.

Evaluarea unui copil cu HTA începe cu o anamneză concentrată pe condițiile sau medicamentele care se asociază sau predispun la HTA. Trebuie căutate în antecedentele familiale rude cu HTA, boli coronariene premature, accidente vasculare cerebrale sau insuficiență renală, apariția eclampsiei la mamă (afecțiune care survine la sfârșitul sarcinii, caracterizată prin convulsii asociate unei hipertensiuni arteriale).

Cauzele cele mai frecvente diferă în funcție de vârstă, la nou-născut fiind mai frecvente ano-

maliile structural renale, arteriale, pulmonare, la copilul mai mare putând apărea chiar HTA esențială. Condițiile asociate cu HTA la copil pot fi congenitale (de obicei cardio pulmonare), genetice (mai frecvent diabetul zaharat ș.a.), farmacologice (anticoncepționale orale ș.a.), dobândite renale (ex. pielonefrita, trauma renală etc) sau dobândite altele decât cele renale (hipertiroidismul, arsuri).

Diagnosticarea presupune măsurarea corectă a tensiunii arteriale, cu o manșetă potrivită, după un repaus de 10 minute. Se va măsura tensiunea arterială la ambele brațe și la nivelul membrilor inferioare. În cazul valorilor crescute, se vor monitoriza

valorile tensionale timp de 24 de ore cu ajutorul unui aparat Holter. Examenul fizic orientează atenția spre un anumit organ sau sistem (renal, endocrin, nervos central sau cardiovascular) sau spre o cauză predispozantă (obezitate, sedentarism). Evaluarea paraclinică va fi cu atât mai amplă cu cât copilul e mai mic și creșterea tensională mai mare.

Minimul de analize de laborator constă în hemograma completă, electroliți serici, uree și creatinină sanguine, acid uric, sumar de urină. Electrocardiograma, ecocardiografia și radiografia toracică aduc informații prețioase privind o eventuală cauză cardiacă a HTA și impactul bolii asupra organismului. În situații impuse de suspiciunea de diagnostic, se vor efectua ecografie renală, de artere renale și tomografie computerizată abdominală, analiza izotopică sau angiografică a rinichilor și a fluxurilor lor sanguine, determinări sanguine ale hormonilor tiroidieni etc.

În concluzie, cauzele bolii diferă la copil față de adult, majoritatea având forme secundare de HTA și mai puțin primare. Copiii părinților cu HTA au o susceptibilitate crescută de a avea creșteri tensionale, iar copiii cu HTA necesită aceeași supraveghere și tratament ca și adulții.



*Dr. Mădălina Obreja,
Medic primar cardiologie
Centrul medical Bio Terra Med
Tel: 021/315.15.93 / 96;
Mobil: 0723.341.001*

Infecțiile din sfera ORL cauzează frecvente pneumonii la copii

Pneumoniile și afecțiunile tractului respirator inferior sunt unele dintre cele mai importante cauze de mortalitate în întreaga lume.

În același timp, pneumoniile alături de infecțiile respiratorii superioare (ORL) reprezintă peste jumătate din totalitatea afecțiunilor de natură infecțioasă diagnosticate frecvent la nou-născuți și copii.

De reținut, că majoritatea copiilor diagnosticați cu pneumonii au un istoric cu afecțiuni respiratorii înalte de tip rinofaringită.

Evoluția rinofaringitei

Este știut că, în evoluția sa, o rinofaringită evoluează banal în 5-6 zile, dar repetarea rinitelor acute (în condițiile de infecțiozitate ridicată cu bacterii și viruși în cadrul colectivităților ori la pacienți cu imunitate scăzută sau cu tratamente incorecte) determină cronicizarea lor, scăderea rezistenței naturale la germeni a mucoasei căilor aeriene superioare și propagarea infecției. Contaminarea se face atât prin contact direct cu persoane infectate cât și prin propagarea infecției din rinofaringe.

Pe măsură ce copilul înaintea în vârstă, capătă risc suplimentar de a se infecta cu *Mycoplasma Pneumoniae* sau cu viruși care

determină afecțiuni pulmonare frecvente în funcție de teren. Exemplu: virusul respirator sincițial determină pneumonii grave la sugari; *Legionella* este incriminată mai ales în apariția pneumoniilor la pacienții imunocompromiși, iar copiii cu fibroză chistică se infectează mai frecvent cu *Stafilococul Aureus*, *Pseudomonas Aeruginosa* sau alți germeni rezistenți la tratament.

Tratamentul are ca obiectiv eradicarea focarului rinofaringitei prin folosirea antibioterapiei (amoxicilină +/- clavulanat, penicilina sau eritromicină de la 5-10 zile), alături de DNF și antihistaminice, dar și suspectarea hipertrofiei de amigdala faringiană, caz în care se recomandă adenoidectomia.

Concluzie

Corect diagnosticate, tratate și monitorizate, infecțiile din sfera ORL pot preveni apariția unor forme grave de infecții în căile aeriene inferioare, forme de boală estimate la peste 150 de milioane cazuri în lume/an la copii mai mici de 5 ani, contribuind astfel la scăderea costurilor de îngrijire medicală și reducerea complicațiilor.

Dr. Gabriela Kubinski
 Medic primar
 otorinolaringologie,
 Competență Audiologie
 Ghencea Medical Center



Aparatele auditive intraauriculare

Instrumentele auditive intraauriculare au componentele electronice, cum ar fi microfonul sau microfoanele, difuzorul (casca), microcipul și bateria sau acumulatorul, montate în interiorul unei carcase care este așezată în pavilionul auricular sau în canalul auditiv.

La acest moment, se pot descrie două tipuri de unități auditive intraauriculare, criteriul de clasificare fiind cel al modului constructiv:

1. Aparatele auditive intraauriculare configurabile;
2. Aparatele auditive intraauriculare (semi) modulare.

În cazul aparatelor auditive intraauriculare configurabile (vezi figura 1), este construită o carcasă pe baza unei amprente a conductului și pavilionului urechii ale viitorului utilizator, iar componentele electronice (microfonul, difuzorul, amplificatorul, controlul de volum sonor, și alte potențioetre – vezi legenda – reperatele 5 și 6) sunt montate pe o suprafață exterioară (distală față de membrana timpanică) și la care există acces facil. Această suprafață exterioară, este plată, uneori ușor convexă (bombată) pentru un aspect mai plăcut și ergonomică și este construită dintr-un material plastic flexibil și mai puțin casant. Tot pe această suprafață se află și compartimentul de baterie,

care prezintă o canelură pentru o mai bună manevrare pentru deschiderea spre exterior în vederea introducerii bateriei sau a opririi aparatului atunci când nu este utilizat instrumentul auditiv, dar și lamelele de contact ale bateriei care sunt înglobate în materialul suprafeței plastice, dar pe fațeta internă.

Difuzorul este conectat la amplificator prin fire special conductoare, destul de lungi, astfel încât să fie poziționat cât mai adânc posibil în carcasa aparatului auditiv, adică spre timpan. Această suprafață exterioară este lipită de carcasa cu un adeziv special, astfel încât orificiul microfonului (vezi poziția 3 – fig. 1) împreună cu reperatele de control ale utilizatorului, în cazul de față potențiometrul de volum (vezi poziția 2 – fig. 1), să fie plasate cât mai ergonomic în vederea înlesnirii manevrării. La anumite modele de aparate auditive intraauriculare, potențiometrul de volum era înlocuit de o mini-priza de cuplare a cablului de programare la computer. Astăzi, tot mai

mulți producători au reușit să realizeze această conexiune necesară programării prin cablu la computer prin intermediul lamelelor de contact ale bateriei. Mai mult, există producători care au dezvoltat echipamente care nu mai necesită cabluri de programare la computer, dezvoltând și implementând tehnologia wireless (fără fir).



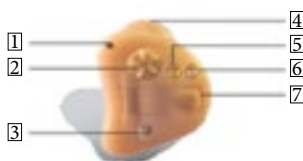
Totuși, această tehnologie foarte modernă determină o constrângere legată de antena, necesară comunicării cu echipamentul de programare, și care trebuie să aibe o dimensiune minimă. Astfel suprafața fațetei plate să prezinte o circumferință minimă. Această constrângere are implicații definitorii în dimensionarea aparatelor intraauriculare mici, cum ar fi aparatele CIC (Complet În Canal). În concluzie, putem afirma că denumirea de aparate auditive intraauriculare configurabile este justificată de poziționarea sau înlocuirea, eventual juxtapunerea reperelor de control sau a componentelor suprafeței externe.

Aparatele auditive intraauriculare modulare (vezi figura 2) prezintă toate componentele electronice montate într-o carcasă standard înglobată în suprafața externă, porțiunea galbenă, și care este atașată apoi la carcasă individuală obținută în urma amprentării conductului și pavilionului auricular (urechea externă). Apartele semimodulare sunt diferențiate prin faptul că difuzorul este montat separat în carcasa individuală

Avantajele și dezavantajele acestor tipuri de aparate auditive sunt după cum urmează.

Din punct de vedere acustic, sunt superioare celor retroauriculare. Microfonul este situat în pavilionul auricular, și în consecință beneficiază de efectul acustic al acestuia de convergență a undelor acustice. Difuzorul este așezat foarte aproape de membrana timpa-

R-64 Digital ITC



- 1 Aerisire
- 2 Control volum
- 3 Microfon
- 4 Filtru
- 5 Control ton NH
- 6 Nivel max, ieșire PC
- 7 Compartiment baterie (tip 312)

Fig. 1 Aparat auditiv intraauricular configurabil. (Prin amabilitatea Royaltone-Microson S.A. - Spania)

nică, având ca rezultat o îmbunătățire a semnalului acustic emis, în zona frecvențelor înalte/subțiri, datorită reducerii spațiului rezidual, adică spațiul dintre aparatul auditiv și membrana timpanică. Aceste tipuri sunt inobservabile și sunt ușor de utilizat și comode.

Pe de altă parte, microfonia (țiuitul) reprezintă o problemă majoră, mai ales atunci când se dorește obținerea unor amplificări mari, necesare mai ales la pierderi de auz severe. Volumul restrâns al carcasei în care se montează componentele electronice determină compromisiuri în construirea acestor tipuri de aparate auditive având rezultatul unei diminuări a posibilităților de amplificare. Aceste aparate sunt mai puțin durabile și pot avea întreruperi de funcționare datorate ceru-



Fig. 2 Aparat auditiv intraauricular modular.



Fig. 3 Aparat auditiv intraauricular poziționat în urechea utilizatorului (Prin amabilitatea Siemens Audiologishe Technick GmbH)

menului și umezelii din urechea utilizatorului. Dimensiunea redusă a bateriilor implică schimbarea acestora mai des. Adesea, aceste aparate sunt construite ca să stea fix în conductul auditiv și de aceea pot afecta confortul utilizatorului, iar din punct de vedere acustic poate apărea efectul de oculzie (senzație de supraamplificare a propriei voci a utilizatorului).



Ing. Audiolog Florin-Andrei Băileșteanu

www.audioart.com.ro

florin@audioart.com.ro

0735 184 636

Laparoscopia poate nec



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

Laparoscopia este o procedura chirurgicală ce folosește un tub subțire (laparoscop) care este introdus în abdomen printr-o incizie de aproximativ 2 cm efectuată la nivelul peretelui abdominal și care este folosită pentru examinarea organelor abdominale sau genitale interne.

Laparoscopia este indicată pentru diagnosticul unor afecțiuni precum chisturile, aderențele, fibroamele și infecțiile.

Cu laparoscopul pot fi recoltate și probe de țesut pentru biopsie.

De asemenea, laparoscopului îi pot fi atașate și alte instrumente, precum foarfecele chirurgicale, forceps, laser, se poate monta un tub de dren, pe aceeași incizie sau alta. În timpul laparoscopiei se mai pot efectua și alte proceduri chirurgicale, precum: evaluarea și/sau îndepărtarea unor aderențe sau tumori de la nivelul abdomenului sau pelvisului, a unor posibile metastaze, cura unei hernii hiatale sau inghinale, efectuarea ligaturii tubare, îndepărtarea unor organe precum uterul, ovarele, splina, vezica biliară (colecistecto-



mia laparoscopica) sau apendicele (apendicectomia laparoscopica), în extenso, mai poate fi realizată și îndepărtarea parțială a colonului, de asemenea, se face și diagnosticarea și tratarea bolii inflamatorii pelvine, a unei sarcini ectopice sau a endometriozei sau diagnosticul unor afecțiuni ce fac dificilă apariția unei sarcini, precum chisturile, aderențele, fibroamele și infecțiile, caz în care laparoscopia se efectuează după ce testele preliminare pentru infertilitate au fost neconcludente.

Laparoscopia elimină necesitatea unei operații extensive (laparotomie) ce ar necesita o incizie mare a abdomenului. Laparoscopia implica riscuri mai mici, este mai puțin costisitoare și nu necesită spitalizare. Se utilizează anestezia generală, însă pot fi folosite și alte tipuri de anestezii, precum rahianestezia. Laparoscopia este efectuată de către un medic chirurg sau de către un medic ginecolog.

Durata intervenției

Laparoscopia durează în medie 30 – 90 de minute, în funcție de procedura, dar poate dura mai mult dacă se descoperă o anumită afecțiune care necesită și tratament chirurgical. Dacă nu există alte indicații, pacientul își poate relua activitatea zilnică după o zi, dar trebuie să evite activitățile solicitante sau efortul fizic intens pentru aproximativ o săptămână. De reținut că există câteva afecțiuni care contraindică efectuarea

esita un program fizical?



unei laparoscopii, precum: cancer abdominal, hernie abdominala și intervențiile chirurgicale abdominale în antecedente.

Hidrolaparoscopia transvaginală

Mai exista și o alta procedura, care înlocuiește laparoscopia, denumită culdoscopie sau hidrolaparoscopie transvaginală (se practică o incizie la nivelul peretelui vaginal prin care se introduce laparoscopul) ce asigură o vizualizare mai bună a organelor genitale interne feminine.

Programul fizical, prin aplicarea procedurilor medicinei fizicale, este necesar în condițiile în care pacientul necesită o pregătire prealabilă a condiției sale fizice, în sensul recondiționării sale către nivelul efortului presupus de activitățile zilnice, profesionale, sociale și familiale. De asemenea, sindromul algic și disfuncțional cu localizare abdomino-pelvina, datorat patologiei prezentate de pacient poate fi ameliorat prin unde scurte, ultrasunete cu efect miorelaxant sau electroterapie antalgică, cât și laserterapie, aplicată în scop antiinflamator. Programele de kinetoterapie sunt utile post intervenție laparoscopică în scopul scaderii ponderale, tonifierii peretelui abdominal și al planșeului pelvin. Având în vedere faptul că majoritatea indicațiilor către laparoscopie reprezintă afecțiuni instalate și ca urmare a unui stil de viață defectuos, este necesară implementarea unui regim igienico-dietetic, care să cuprindă și un program de exerciții fizice sau activitate sportivă efectuată cu rigurozitate, în mod sistematic. Ne referim la înot, gimnastică acvatică, drumeții, plimbări efectuate în pas alert, nu neapărat jogging, exerciții efectuate la o sală de sport sau la domiciliu, cu o frecvență de trei ședinte săptămânal.

Stop disconfortului digestiv!

Tulburările de tranzit intestinal, cel mai adesea balonarea și constipația, se pare că ar fi „bolile omului modern”, alimentația fiind în multe cazuri „vinovatul” principal. Oboseala, senzația de încărcare, disconfortul și, nu în ultimul rând, kilogramele în plus devenite cât se poate de evidente, perturbă serios armonia organismului.

Constipația presupune existența a mai puțin de 3 scaune pe săptămână, cu volum redus și consistență dură, însoțite de cele mai multe ori de durere.

O dietă săracă în fibre duce la apariția problemelor intestinale, gen constipația cronică habituală. De asemenea, bolile extradigestive pot duce la constipație: hipotiroidia; diabetul zaharat; boala Parkinson; scleroza în plăci; leziuni ale măduvei spinării; stările depresive.

Sedentarismul, principalul vinovat în cazul constipației

Constipația determinată de boli organice afectează tubul digestiv putând să ducă la: hemoroizi; fisurile anale; ruptură de perineu; cancer de colon; megacolon; diverticuli colonici; colită de iradiere sau colită ischemică. Sarcina și colonul iritabil pot fi alte cauze ce pot determina apariția constipației. Medicul ne mai avertizează că sedentarismul face mai leneș tranzitul intestinal.

În ceea ce privește tratamentul, prima etapă o constituie creșterea proporției de fibre în alimentație. Încercați să consumați cât mai mult alimente precum: pâine neagră; zarzavaturi; salată verde; legume verzi (fierate sau crude, mai ales

rase); fructe proaspete sau uscate și apoi înmuiate (prune uscate, smochine); paste făinoase; miere.

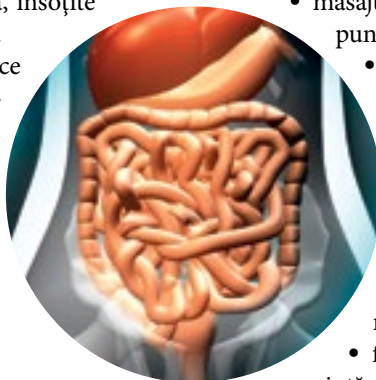
Sportul poate face minuni, fiind considerat etapa secundară în tratamentul constipației. Exercițiul fizic îmbunătățește motilitatea intestinală și ajută astfel la deplasarea resturilor de bol alimentar prin tubul digestiv - efortul depus te face să transpiri și să elimini toxinele din organism.

Modalități de a trata constipația:

- masajul abdominal stimulează digestia, punând în mișcare un colon leneș.
- gimnastica în apă are efecte uimitoare asupra reglării tranzitului, dar și asupra circulației sanguine și limfatice. În acest fel, nu doar că durata tranzitului intestinal se scurtează în mod simțitor, însă nutrienții absorbiți în sânge sunt purtați mai rapid către celule.
- fitnessul sau exercițiile în sală ajută de asemenea la reglarea tranzitului intestinal.

- alergările sunt și ele o formă de exercițiu cu efect benefic asupra organismului. O jumătate de oră de jogging pe zi nu este deloc o activitate epuizantă.
- yoga are efecte recunoscute nu doar în privința relaxării, dar și asupra funcționării unor sisteme ale organismului.

Așadar, un stil de viață activ, cu exerciții fizice regulate, asigură o funcționare mai bună a sistemului digestiv. Toate acele lucruri neplăcute nu ar fi posibile dacă am adopta o dietă sănătoasă, echilibrată, practic, să ne asigurăm că furnizăm organismului toți nutrienții de care are nevoie.



Scade alarmant vârsta de debut a bolii Alzheimer

Pe vremea bunicilor, boala Alzheimer se chema dacă apărea la bătrânețe „ramoliment”, iar tinerii mai uituci sau mai visători erau categorisiți simplu ca „aiuriți”. Până la urmă care sunt adevăratele tulburări de memorie care se încadrează în boala Alzheimer și care sunt lapsusurile și rătăcirile care pot să se întâmple oricui? Cum evoluează vârsta medie de apariție a aceste boli? La toate aceste întrebări (și încă multe altele) ne răspunde Conf. Dr. Cătălina Tudose, președintele Societății Române Alzheimer într-un interviu acordat în exclusivitate.

Demența Alzheimer este cea mai frecventă formă de demență întâlnită la persoanele în vârstă, de obicei peste 65 de ani, și reprezintă peste 60 % din totalitatea cazurilor de demență. Este greu de spus dacă sunt mai mulți suferinzi octogenari acum decât cu 20 de ani în urmă, pentru că nu există studii. Vom vedea acest lucru în viitor.

Dar ceea ce știm deja este că la vârste începând cu 50 de ani sunt acum mult mai multe persoane cu demență Alzheimer decât în urmă cu 20 de ani. Din nefericire, demența Alzheimer apare acum la oameni tineri, în plină ascensiune profesională și socială, cu responsabilități în plan familial. Diagnosticul se pune de obicei cu mare întârziere în aceste situații tocmai datorită faptului că și pentru medici este un fapt neobișnuit.

Pe de altă parte studiile de neuropatologie au demonstrat că aproximativ 30% dintre pacienții foarte în vârstă (peste 85 de ani) care decedau din diverse

cauze, prezentau leziuni anatomo-patologice specifice demenței Alzheimer fără să fi avut manifestările clinice ale acesteia, adică, până la momentul decesului, fuseseră aparent sănătoși din punct de vedere cognitiv. Cercetările actuale demonstrează că în aproximativ 10 ani, dacă ar fi trăit, aceste persoane ar fi prezentat o simptomatologie demențială clinic manifestă.

De altfel, nu doar specialiștii se întreabă cum se explică faptul că există atât de multe persoane (30%) cu vârstă înaintată, peste 85 de ani, care funcționează normal, nu au simptome de demență deși creierul lor prezintă aceleași modificări patologice ca și la persoanele cu demență avansată.

Ce îi protejează pe acești indivizi? Sunt mai vulnerabile generațiile actuale și de ce? De ce boala apare acum mult mai devreme decât cu 50 -70 de ani în urmă?

Se pune deci problema rezilienței față de boală și de aici rezultă

încă multe alte întrebări incitante pentru care se caută răspunsuri.

Cum ar putea individul să lupte cu boala Alzheimer? Ar putea fi ea întârziată, cel puțin cu 10-20 de ani?

Probabil că acum există mai mulți factori de risc, generați atât de mediul în care trăim, cât și de stilul de viață modern; aceștia ar putea explica scăderea alarmantă a vârstei de debut a bolii. Încă nu știm care va fi impactul acestor factori de risc asupra prevalenței bolii în viitor, pentru că deocamdată persoanele pe care le tratăm și pe care le evaluăm sunt oameni care s-au născut în prima jumătate a secolului trecut, oameni care au trăit în alt tip de societate cu alte solicitări, alte tradiții și obiceiuri de viață.

Urmare în numărul viitor.



WPA 2013 Bucharest Congress

Exclusiv: Profesorul Eliot Sorel, „Doctor Honoris Causa”, ne vorbește despre progresele enorme din medicină

Profesorul Eliot Sorel este Co-chair Scientific Committee al WPA 2013 Bucharest Congress, fondator al Departamentului de Management și Rezolvare a Conflictului din cadrul Asociației Mondiale de Psihiatrie.

Este Membru al Colegiului Psihiatrilor Americani și Membru Extraordinar pe Viață al Asociației Medicilor Americani. Este un lider medical recunoscut la nivel internațional, un important formator și profesor medical, un foarte căutat consultant în politici pentru sisteme de sănătate și un strălucit medic practician. Deține importante studii și o vastă experiență în probleme

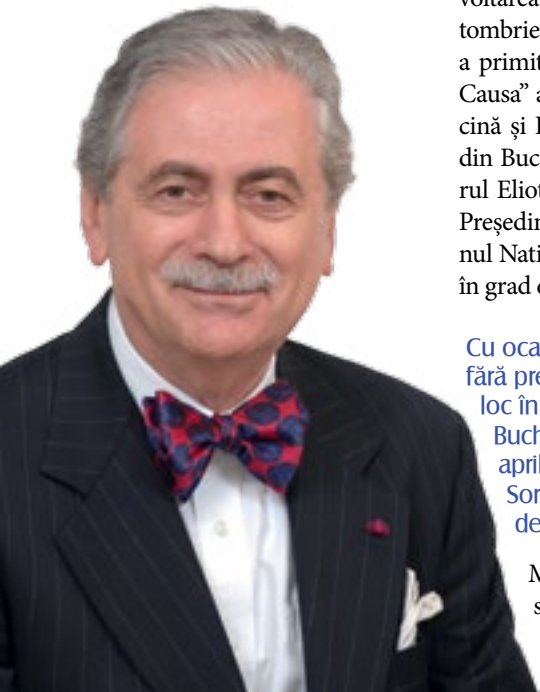
de sănătate globală, în managementul serviciilor medicale, de leadership în sănătate publică, precum și competențe în specialitatea psihiatrie și deficiențe comportamentale. Este Consilierul Principal al juriului care decernează premiul Ion Rațiu pentru Democrație la Institutul Woodrow Wilson din Washington, SUA. Ca recunoaștere și ca omagiere a meritelor de excepție în practica medicală și în dezvoltarea științei medicale, în octombrie 2009, Prof. Eliot Sorel a primit titlul „Doctor Honoris Causa” al Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București. În 2004, Profesorul Eliot Sorel a fost decorat de Președintele României cu Ordinul National „Steaua României”, în grad de comandor.

Cu ocazia evenimentului fără precedent care va avea loc în România: WPA 2013 Bucharest Congress 10-13 aprilie a.c., Profesorul Eliot Sorel a făcut următoarea declarație în exclusivitate:

Medicina secolului 21 se apropie de orizonturi care, doar acum câțiva ani, erau doar

în domeniul imaginației și ficțiunii. Progrese enorme au fost realizate prin cercetările științifice medicale de bază, aplicarea lor și îmbinarea cu tehnologia informatică și a comunicării. Mă refer în special la descoperirile științifice în domeniul genomului uman și al neuroștiințelor, a înțelegerii mai detaliate a creierului și acțiunilor enzimelor genetice, cât și a tranzacțiilor intra și intergenetice la interfața gen, molecula terapeutică, molecule alimentare, metabolism.

Aceste domenii se pretează la o nouă pistă a inovării, o nouă practică medicală a secolului 21 care va îmbina aceste descoperiri științifice într-o nouă medicină cu o specificitate și eficacitate individuală fără precedent. Totodată, va fi de rigoare de a lua în seamă nu numai aspectele genetice, biologice, dar și cauzele sociale determinante ale sănătății; nu numai sănătatea individului, dar și cea a familiei și a populației naționale și globale; de a aplica aceeași ingenuitate și inventivitate practică în domeniul cercetărilor științifice medicale de bază, spre îmbunătățirea performanțelor sistemelor sanitare din lume, a sănătății publice, realizând accesul populației la aceste sisteme de sănătate și a realiza dreptul uman al sănătății.



Congresul Național de
**MEDICINĂ
INTERNĂ**



17-20 aprilie 2013

Călimănești-Căciulata

Secreteriat organizatoric:
Elio Trevelin - Tel.: 021.3156511, Fax: 021.3156537

Persoane de contact:
Andra Greca (andra.greca@elle.ro) - 0748100282
Ioana Sandu (ioana.sandu@elle.ro) - 0742355773

Website:
<http://conm2013.srmi.ro>; www.srmi.ro



XIII
Ediția



Asociația Medicilor de Familie București-Ilfov
Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)



Conferința Națională de Medicina Familiei

cu participare internațională

www.amf-b.ro

„Echilibrul delicat între știință, artă și comunicare”

Ediția a IX-a

27 – 30 martie 2013

București, Crystal Palace Ballrooms