

săptămâna

Anul XIX • Nr. 294 • martie 2024

MEDICALĂ

4.75 lei



Medicina
regenerativă

Insuficiența
cardiacă

Tratamentul în
Boala Parkinson

Sindromul
de apnee
în somn

Teste utile
în screeningul
cancerului de
col uterin

Oftalmologie
Chirurgie generală
Sfatul farmacistului

Oncologie
Dermatologie
Neurologie

Citește revista online



NEOTONE[®] Eyes

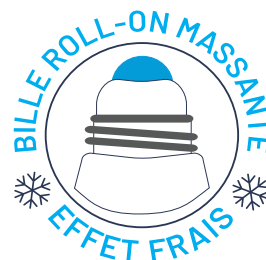
Gel-cremă anticearcăn



EFFECT **3 ÎN 1**

- ✓ ILUMINATOR
- ✓ DECONGESTIONANT
- ✓ HIDRATANT - 24H

.....
90%
.....



REDUCE PUNGILE DE SUB OCHI *

TOLERANȚĂ EXCELENTĂ

PIELE SENSIBILĂ

*20 de voluntari, timp de 56 de zile.

Rata de supraviețuire a unui prematur în România



Complicațiile nou-născutului prematur sunt în principal legate de vârsta de gestație la care acesta se naște, frecvența complicațiilor crește direct proporțional cu scăderea numărului de săptămâni de gestație, de ex. Incidența și severitatea sindromului de detresă respiratorie este de 70-80% la 24 săptămâni de gestație față de doar 10-15% la 36 săptămâni de gestație. Sunt și alți factori importanți corelați cu morbiditatea prematurului și amintesc doar câțiva: îngrijirea acordată în timpul sarcinii, corticoprofilaxia antenatală, patologia maternă - de exemplu hipertensiunea de sarcină, diabetul, modalitatea de naștere etc.

Totodată, complicațiile prematurității sunt complexe, fiind consecința unui organism aflat într-o etapă de dezvoltare imatură, uneori chiar la limita viabilității. Cele mai multe complicații apar în perioada perinatală; astfel, pe lângă problemele respiratorii - detresa, apnea de prematuritate, displazia bronhopulmonară - patologia prematurului poate fi de tip neurologic - hemoragie intraventriculară, hematologic - anemie, cardiacă - persistența canalului arterial, deficite imunologice - infecții nosocomiale, metabolice - hipoglicemia, alimentație și nutriție - restricție de creștere, oftalmologice - retinopatie, reno - urinară - insuficiență renală etc. În cele mai multe cazuri acestea se rezolvă în perioada neonatală, totuși rămân multe probleme de urmărit ulterior, în special cele de neurodezvoltare. De aceea, în managementul nou-născutului prematur sunt necesare resurse adecvate, echipe medicale multidisciplinare (obstetrician - neonatolog - neurolog - oftalmolog - pediatru - medic de familie), ghiduri și protocoale actualizate, programe de screening (oftalmologic, auditiv, cardiac, metabolic), de imunoprofilaxie (infecția cu SVR) și de follow-up funcționale, o comunicare eficientă și o strânsă legătură cu familia aceluși copil.

Progresele tehnologice din neonatologie au adus beneficii majore în reducerea ratei mortalității neonatale în ultimii 10-20 de ani și în România. Pentru prematurii între 28 și 32 de săptămâni, șansele de supraviețuire sunt semnificativ mai bune, iar în cazul prematurilor peste 32 de săptămâni, rata de supraviețuire este aproape la fel de mare ca și pentru nou-născuții la termen.

Prof. Univ. Dr. Simona Vlădăreanu, UMF Carol Davila București,
Președinte al Societății Române de Medicină Fetală și Neonatală

Copierea fără acordul scris al editurii a oricăror elemente de grafică sau conținut editorial aparținând în revistele editurii sunt considerate furt de proprietate intelectuală și intră sub incidența legii.

Abonament la revista Săptămâna Medicală

săptămâna
MEDICALĂ



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

săptămâna **MEDICALĂ**

Cuprins

Mai sunt multe de văzut Nu lăsa cataracta să te împiedice să te bucuri de viață.	4
Tulburări de nutriție la pacientul oncologic ...	6
Teste utile în screeningul cancerului de col uterin .	8
Sindromul de apnee în somn și fibrilația atrială.	10
Boli infecțioase – protecție prin mucoasa bucală!!!!.	11
Interdisciplinaritatea și supraspecializările joacă un rol esențial.	12
„Suntem singura specialitate medicală din România care a introdus examenul de diplomă europeană”	13
De vorbă cu specialistul despre menopauză. ...	14
Viața fără sexualitate - o anomalie socială? ...	18
Importanța acizilor grași Omega-3 pentru sănătatea și buna funcționare a organismului. .	20
Medicina regenerativă, posibilități și perspective (2)	22
Tratamentul în Boala Parkinson avansată.	24
Insuficiența cardiacă avansată	26
Avizul Medico-Sportiv: Importanța Evaluării Medicale în Sport	28
Patogeneza trombozei – condiții multifactoriale	29
Retenția acută de urină.	30
Suntem departe de eliminare a virusului Hepatitei C, dar suntem pe drumul cel bun ...	31

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

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

Tiraj: 15.000 ex.
ISSN 2067-0508



Mai sunt multe de văzut Nu lăsa cataracta să te împiedice să te bucuri de viață

Este trist că pe măsură ce îmbătrânim este afectată și vederea, astfel fiind limitate independența și activitățile considerate normale până nu demult. Acesta este procesul natural de îmbătrânire, însă din fericire, în ceea ce privește ochii, acum avem tehnologia care ne ajută să putem păstra sau restaura vederea la un nivel bun. O condiție obligatorie în acest sens este să mergeți periodic la oftalmolog, pentru a depista la timp anumite afecțiuni și a le trata.

Dr. Andrei Filip,
Medic primar specialist
oftalmolog, Dr. Șt. Med.,
FEBD, FWCRS, Clinica de
oftalmologie Ama Optimex
www.amaoptimex.ro
www.scapadeochelari.ro
www.cataracta.ro



Cataracta este una dintre aceste afecțiuni, care apar după 60 de ani, dar este tratabilă, printr-o operație ușoară și prietenoasă dacă este efectuată la momentul potrivit, atunci când dispare confortul vizual. **Se recomandă ca intervenția să se realizeze la timp din mai multe motive.** Primul este că vă reduce perioada de timp în care nu vă puteți bucura de o vedere bună și, cum spuneam, de independență, chiar și față de ochelari și nu numai. De asemenea, cu cât intervenția se realizează mai târziu, când cataracta este mai avansată, crește riscul de apariție a complicațiilor în timpul operației, iar vindecarea după operație poate fi mai lentă.

Cum ne pregătim pentru operația de cataractă?

După ce s-a pus diagnosticul, se efectuează un set de investigații pentru a alege cristalinul artificial potrivit. Pacientul poate opta pentru un cristalin multifocal / EDOF care după operație

ii va oferi independență față de ochelari la majoritatea activităților și cu care va vedea bine la toate distanțele (aproape, intermediar, depărtare) sau pentru un cristalin monofocal care corectează dioptriile la o singură distanță, fie la aproape, fie la depărtare. Medicul oftalmolog este mereu aproape de pacient, pentru a-i oferi toate aceste informații și pentru a-i recomanda cel mai potrivit cristalin artificial pentru nevoile și stilul său de viață.

Am ajuns la momentul operației

Așa cum scriam, operația de cataractă este o intervenție prietenoasă, nu este nevoie de internare, anestezia este locală. Prin tehnica facoemulsificării cu ultrasunete, chirurgul oftalmolog sparge cristalinul opacifiat, îl scoate printr-o incizie de aproximativ 2 mm care se autosigilează (nu are nevoie de sutură/cusătură), apoi introduce cristalinul artificial în sacul cristalinian rămas intact. **Totul durează câteva minute.** Pacientul pleacă acasă, cu ochiul operat pansat și revine a doua zi la control. Este bine să fie însoțit.

După operația de cataractă

Vederea începe să revină din primele zile și se îmbunătățește pe măsură ce ochiul se vindecă, iar creierul se obișnuiește cu noua imagine primită. Operația de cataractă nu se efectuează în aceeași zi la ambii ochi, dar este recomandat ca intervalul de timp dintre cele două operații să fie scurt.

Restricțiile postoperatorii țin de o igienă foarte bună și de evitarea eforturilor fizice mari pentru o perioadă limitată de timp. De asemenea, se va prescrie un tratament cu picături, iar echipa medicală Ama Optimex îi va fi alături de tot parcursul vindecării.

Este important de înțeles că după operație treceți printr-o perioadă în care se va produce vindecarea și neuroadaptarea. Asta înseamnă că puteți întâlni fenomene diverse, precum percepția diferită a culorilor (sunt mai vii), sensibilitate la lumină, senzație de uscăciune oculară, de corp străin etc. Aceste fenomene sunt considerate normale și ne așteptăm să dispară pe măsură ce ochii se vindecă.

Este atât de ușor să avem o vedere bună, la orice vârstă și să ne bucurăm de viață, de călătorii, de cei dragi!

Prof. Dr. A. Arslan
GEROVITAL®

H₃

DERMA+

PIELEA TA ARE
ÎNTOTDEAUNA
DREPTATE.

Ai grijă de ea cu
Gerovital H3 Derma+

Produse testate sub control dermatologic.
Eficiență demonstrată clinic.

PHARMACEUTICAL
CONCEPT



farmec.ro



farmec.romania



gerovital.romania



gerovital.romania

PIELE RĂNĂ, SENSIBILĂ

TEA RĂNĂ, SENSIBILĂ

TEA DESHIDRATAT, USCAT

Tulburări de nutriție la pacientul oncologic

Pacienții diagnosticați cu patologie neoplazică prezintă tulburări de nutriție cauzate de boală sau de tratament, manifestate prin inapetență, scădere ponderală și cașexie neoplazică. Conform studiilor, mai mult de 40% dintre pacienți vor avea cel puțin o perioadă de malnutriție pe parcursul tratamentului, iar aproximativ 20% dintre aceștia vor deceda din cauza tulburărilor de nutriție și nu a bolii. Acestea sunt frecvent asociate stadiului avansat de boală, terapia nutrițională fiind parte integrantă a abordării multidisciplinare a pacientului oncologic. Tulburările de nutriție se asociază cu scăderea apărării imune, scăderea toleranței la procedurile terapeutice și perturbarea răspunsului la tratament, creșterea morbidității și a mortalității, precum și a costurilor sistemului de sănătate.

Prof.univ. Dr. Lucian Miron,

Dr. Diana Pușcașu

Cașexia este definită ca un sindrom multifuncțional caracterizat de o pierdere continuă de masă musculară, care poate fi asociată cu pierdere de țesut adipos, și care nu poate fi stopată de terapia nutritivă convențională, conducând la o alterare funcțională progresivă. Pacienții cu cașexie prezintă scădere ponderală involuntară care reprezintă cel puțin 5% din masa corporală inițială într-un interval de 12 luni sau cel puțin trei dintre următoarele simptome: scăderea forței musculare, oboseală, anorexie (pierderea dorinței de a mânca), scăderea masei corporale non-adipoase și teste de laborator modificate (prezența sindromului inflamator, anemie ($Hb < 12g/dl$) sau hipoalbuminemie ($Alb < 3,5g/dl$)).

Nutriția enterală este utilizată pentru administrarea suportului nutrițional în cazul în care funcția gastro-intestinală este normală, însă alimentația orală nu este adecvată, fiind preferată la pacienții cu tumori stenozante ale tubului digestiv superior sau la cei cu neoplazii în sfera ORL aflați în curs de radioterapie. Pentru a fi eficace, aceasta ar trebui instituită înainte de începerea tratamentului oncologic. Numeroase studii au demonstrat superioritatea nutriției enterale comparativ cu cea parenterală. Unul dintre beneficiile acesteia constau în menținerea integrității tubului digestiv. Atunci când alimentația orală este posibilă, necesarul caloric poate fi atins prin îmbogățirea preparatelor alimentare, modificarea compoziției acestora sau utilizarea suplimentelor nutritive standardizate.

Suplimentele nutritive orale sunt produse utilizate în scop

medical care oferă necesarul de nutrienți ca parte a unui regim terapeutic complex la pacienții cu dificultăți de ingestie sau digestie în vederea asigurării necesarului caloric zilnic, incluzând băuturi hiperproteice și hipercalorice cu adaos de minerale (sodiu, potasiu, calciu, magneziu) și vitamine (vitaminele A, D, C, B1, B6, B12), care pot fi indicate categoriilor de pacienți menționate mai sus. Totodată, acestea pot fi administrate și la pacienții pediatrici cu dezvoltare necorespunzătoare sau risc de malnutriție. Pe lângă administrarea orală, acestea sunt recomandate și pacienților care sunt alimentați enteral prin tubaj digestiv (nazo-gastric, nazo-duodenal) sau prin orificiul de stomă (gastrostomă, jejunostomă).

Astfel, profilaxia și tratamentul tulburărilor de nutriție la pacientul oncologic au rol esențial în ameliorarea calității vieții și fac parte din managementul complex al acestuia.



**PARTENERUL
TĂU ÎN
GESTIONAREA
MALNUTRIȚIEI**

CARACTERISTICI RESOURCE



Dietă completă nutrițional



Hipercalorică (Resource 2.0, Resource 2.0 cu fibre, Resource Protein), **aport sporit de proteine** (Resource Protein)



Aport de antioxidanți: vitaminele A, C, E, Seleniu, Zinc



Fără gluten



6 arome disponibile: Caise, Vanilie, Ananas-Mango, Căpșune, Cacao și Cafea



Dietă lichidă polimerică gata preparată pentru consum

**CUI SE RECOMANDĂ
RESOURCE?**



**Adulți și copii cu
vârsta peste 3 ani**

www.nestlehealthscience.ro

Teste utile în screeningul cancerului de col uterin



Cancerul colului uterin este o problemă de sănătate publică în întreaga lume, afectând cu precădere femeile între 35-50 ani aflate în perioada activă socială și profesională.

As. Univ.
Dr. Antoanela Curici,
Medic primar Medicină
de Laborator, Director
medical Synevo România



In România, în fiecare an sunt diagnosticate aproximativ 3.300 cazuri noi de cancer cervical, fiind înregistrate și peste 1700 de decese. Țara noastră se află pe primul loc în Uniunea Europeană la mortalitatea cauzată de cancerul de col uterin, deși, depistată în stadii incipiente cu ajutorul testelor de diagnostic specifice, această maladie este curabilă.

Pentru depistarea cancerului de col uterin, la nivel mondial, se folosesc două tipuri de teste: citologia Babeș-Papanicolaou (citologie cervico-vaginală) și genotiparea tulpinilor HPV

de risc crescut (depistează prezența HPV, virusul Papilloma uman). Co-testarea reprezintă un prim pas în profilaxia cancerului de col uterin, o abordare de screening ce a fost adoptată de multe sisteme de sănătate din Europa. Scopul screening-ului cancerului cervical este de a preveni morbiditatea și mortalitatea prin acest tip de cancer.

Majoritatea infecțiilor HPV sunt asimptomatice și nu prezintă manifestări clinice. Studiile epidemiologice indică faptul că peste 80% din femeile active sexual sunt infectate cu o tulpină HPV, marea majoritate (90%) a infecțiilor vindecându-se spontan, în decurs de 6-18 luni. Conform datelor actuale, infecția persistentă cu genotipuri HPV de risc crescut oncogen crescut reprezintă condiția necesară

pentru dezvoltarea cancerului cervical și a leziunilor sale precursoare, leziunile intraepiteliale. Asocierea tipurilor HPV cu risc crescut cu neoplaziile de col uterin este în momentul de față bine stabilită, prezența acestora fiind demonstrată în peste 95% dintre cancerurile colului uterin.

Genotipul HPV 16 este considerat cel mai carcinogen, fiind responsabil de aproximativ 55-60% din toate cancerurile cervicale. Persistența timp de 1 an sau 2 ani a acestui genotip prezintă un risc de 20-30% de dezvoltare a neoplaziei intraepitelială cervical (CIN3) sau de leziuni mai avansate (CIN3+); CIN3 netratat are 30% probabilitate de a conduce la cancer cervical invaziv în decurs de 30 ani. Este urmat de genotipul HPV 18 ce este implicat în 10-15% din cazuri, iar celelalte genotipurilor fiind responsabile de restul de 25-35% dintre cancerurile cervicale.

O strategie optimă de screening identifică leziunile precursoare capabile să progreseze către cancer invaziv. De aceea, screening-ul combinat (PAP+HPV), alături de testarea imunocitochimică CIN2+, atunci când medicul o recomandă, oferă mai multe informații medicale, putând fi detectate atât infecții genitale, cât și prezența unor celule modificate la nivel cervical, dintr-o singură recoltare. Astfel, este evitat disconfortul legat de repetarea recoltării unei noi probe de celule cervicale pentru testări ulterioare. Obținerea unui rezultat negativ la ambele teste conferă garanția că riscul unui cancer cervical neidentificat este foarte redus.



VEA®

Vea ORIS

*Spray oral pe bază de Vitamina E cu acțiune antioxidantă
Protejează și menține mucoasa bucală în stare bună*

Indicații:

- pentru igiena și sănătatea cavității bucale,
în special în timpul sarcinii
- în caz de reacții alergice sau hiperactivitate a mucoasei, idiosincrazie

*Fără arome, coloranți, conservanți, uleiuri esențiale
Testat pentru Nichel și Gluten*

Compoziție: Caprylic/Capric Trigliceride, Tocopheryl acetate

Flacon 20 ml, Fără gaz

Distribuitor: Iulius Pharma SRL - Tel: 0748.017.017 - www.vealine.eu

Sindromul de apnee în somn și fibrilația atrială



Tulburările de respirație în timpul somnului (sindromul de apnee în somn de tip obstructiv (SASO) implică o varietate de tulburări de respirație legate de somn și prezente în timpul somnului, cu repercursiuni și simptome diurne. Apneea este absența fluxului de aer pentru ≥ 10 secunde și scăderea SaO_2 cu $\geq 3\%$. Hipopneea reprezintă reducerea fluxului de aer cu $\geq 30\%$ pentru ≥ 10 secunde și o scădere a SaO_2 cu $\geq 3\%$. Indicele de apnee-hipopnee (AHI) este numărul de evenimente pe ora de somn.

Dr. Jäger Anca-Georgia
Medic specialist
pneumologie
Competență somnologie
Centrul Medical
Diacord, Baia Mare



Fibrilația atrială (FiA) este cea mai frecventă aritmie cardiacă susținută, având o prevalență de 1-2% în populația generală. Actualmente aproximativ 6 milioane de europeni suferă de FiA și se estimează că prevalența acesteia se va dubla în următorii 50 de ani. Cei mai frecvenți factori de risc ai FiA sunt vârsta înaintată, fumatul, obezitatea, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, insuficiența cardiacă, infarctul miocardic și chirurgia cardiacă.

S-a demonstrat că pacienții cu FiA sunt mai predispuși la SASO comparativ cu populația generală. Riscul de FiA în rândul pacienților cu SASO este de 4 ori mai mare comparativ cu cei fără SASO. Pacienții cu SASO care au fost supuși unui bypass aorto-coronarian prezintă post-operator o incidență crescută a FiA. De asemenea, SASO reprezintă un factor de risc pentru episoade recurente de FiA.

Rămâne în continuare întrebarea dacă asocierea dintre SASO și FiA se bazează doar pe existența unor factori de risc comuni (de exemplu obezitatea, hipertensiunea arterială etc.) sau dacă SASO reprezintă un

factor de risc independent care predispune la apariția FiA.

Prezența SASO poate induce atât hipertrofia ventriculului stâng (HVS), cât și a ventriculului drept (HVD). Prevalența HVS și HVD este semnificativ mai mare la cei cu SASO sever, comparativ cu cei cu SASO ușor. Severitatea SASO este direct proporțională cu gradul de disfuncție diastolică.

Tratamentul SASO constă în aplicarea prin intermediul unei măști a unei presiuni pozitive ce are rolul de a menține deschise căile respiratorii superioare în timpul somnului (CPAP).

La ora actuală este unanim acceptat faptul că tratamentul de elecție al SASO moderat sau sever este reprezentat de CPAP. Studiile au demonstrat că terapia cu CPAP reduce post-sarcina, frecvența cardiacă din timpul somnului și valorile tensiunale, fiind asociată totodată cu îmbunătățirea calității vieții prin reducerea somnolenței diurne și asigurarea unui somn odihnitor.



Boli infecțioase – protecție prin mucoasa bucală!!!!

In această perioadă, boli infecțioase, în creșe, grădinițe și școli sunt la ordinea zilei.

Circulă virusurile gripale A și B, virusul varicelo-zosterian (varicela), virusul rujeolic sau cel rubeolic care determină îmbolnăviri cu febră înaltă, erupții cutanate, stare generală proastă.

Varicela (sau vârsatul de vânt)

Este cauzată de virusul varicelo-zosterian și se caracterizează prin apariția de vezicule roșii, mâncărimi și erupții cutanate pe întregul corp și se transmite prin contactul cu o persoană infectată. Varicela este de obicei o boală ușoară și se poate trata cu medicamente antivirale și alte tratamente simptomatice.

Rujeola (sau pojarul)

Este cauzată de virusul rujeolic și se caracterizează prin febră, tuse, secreție nazală și erupții cutanate în formă de pete. Aceasta este o boală extrem de contagi-

oasă și se transmite prin aer, prin tuse sau strănutul unei persoane infectate. Rujeola poate fi periculoasă și poate duce la complicații grave, cum ar fi pneumonia sau encefalita, deci este important să se prevină prin vaccinare.

Rubeola (sau pojarul german)

Este o boală cauzată de virusul rujeolic și se caracterizează prin febră, tuse, secreție nazală și erupții cutanate cu pete de culoare roșie deschisă. Aceasta este o boală contagioasă și se transmite prin contactul cu saliva sau secrețiile respiratorii ale unei persoane infectate. Rubeola poate fi evitată prin vaccinare.

Scurtează durata bolii cu 3 zile!

Și dacă v-ați vaccinat copiii și dacă nu, un ajutor al sistemului imunitar prin **puterea plantelor** este neprețuit!

Spre deosebire de alte imunostimulante, ce conțin un

singur extract de plantă, în **ESBERITOX®N** Tablete acționează trei plante medicinale: tuia, echinacea și baptisia. Dovedite de medicina germană ca eficiente și active pe sistemul imunitar. Astfel virusurile sunt combătute mai repede și mai eficient și s-a dovedit clinic că durata simptomelor se reduce cu 3 zile, iar durata bolii se scurtează.

Iar pentru protecția antivirală, **SPRAY ANTIVIRAL de la 3FPlantamed** este antiinflamator și calmează durerea, inhibă multiplicarea virală chiar la poarta de intrare în organism, iar copiii se pot alimenta.

Sprayul Antiviral conține o combinație de extracte naturale din scoarță de stejar (quercetină) și rădăcină de lemn dulce (glicirizină) care calmează iritația mucoasei bucale și ajută la regenerarea acesteia.

Interdisciplinaritatea și supraspecializările joacă un rol esențial

În ultimii 20 de ani, domeniul imagisticii medicale a cunoscut o evoluție spectaculoasă, avansând de la clasicele ecografii și radiografii la tehnologii mult mai sofisticate, precum tomografia computerizată, imagistica prin rezonanță magnetică și tomografia prin emisie de pozitroni. Această revoluție tehnologică a transformat radiologia dintr-o simplă „traducere a nuanțelor de gri în termeni de patologie și anatomie” într-o piesă centrală în diagnosticul și tratamentul medical. Acest fapt a făcut ca radiologia și imagistica medicală să devină nu doar un instrument diagnostic, ci și o extensie a practicii clinice.

Prof. Dr. Ioana
Andreea Gheonea,
președinte Societății
Române de Imagistică
Medicală din România



Paralel cu dezvoltarea tehnologică, inteligența artificială și învățarea automată au început să fie integrate, ajutând la identificarea unor modele sau detalii fine care ar fi greu de detectat de ochiul uman. Aceasta nu numai că accelerează procesul diagnostic, dar ajută și la reducerea erorilor.

Imagistica Medicală nu poate stabili singură un diagnostic precis

Imagistica medicală a avut o ascensiune extraordinară, însă este esențial să reținem faptul că rolul ei este cel mai eficace atunci când este integrat într-un cadru medical multidisciplinar, unde fiecare specialitate aduce propriul său aport valoros. De exemplu, medicina internă oferă o înțelegere profundă a simptomelor și a is-

toricului pacientului, în timp ce specialitățile chirurgicale pot să confirme sau să modifice un diagnostic bazat pe intervenții directe. Analizele de laborator oferă un alt nivel de informație, precum markerii biochimici, care pot fi cruciali pentru diagnostic și care nu pot fi evaluați prin mijloace imagistice.

În acest context, este realist să afirmăm că, deși imagistica medicală ocupă o poziție tot mai centrală în procesul diagnostic, ea nu poate nici să înlocuiască, nici să minimalizeze importanța celorlalte specialități medicale. Fiecare domeniu are un set unic de instrumente și cunoștințe care contribuie la un diagnostic complex și precis.

Interdisciplinaritatea și supraspecializările

Acestea joacă un rol esențial în poziționarea imagisticii medicale ca instrument de diagnostic de prim rang. În medicina modernă, bolile sunt din ce în ce mai complexe și adesea implică o afectare multisistemică

a organismului. În acest context, imagistica medicală nu poate funcționa izolat, ci ea trebuie să fie integrată alături de cunoștințele și expertiza provenite din alte specialități pentru a oferi un diagnostic cât mai complet și precis. De exemplu, un radiolog supraspecializat pe imagistică oncologică poate colabora îndeaproape cu oncologi, chirurghi și anatomo-patologi pentru a contribui la elaborarea unui plan de tratament eficient. Imagistica medicală nu mai este doar domeniul radiologilor, ci implică o colaborare strânsă cu numeroase alte specialități, precum gastroenterologie, ortopedie, oncologie, cardiologie și neurologie.

Supraspecializările, pe de altă parte, permit radiologilor să se concentreze pe domenii foarte specifice, cum ar fi neuroimagistica, imagistica cardiacă sau imagistica mamară. Această concentrare îngustează câmpul de focalizare, dar îl adâncește semnificativ, permițând un grad de expertiză și de precizie care nu ar fi posibil într-un cadru generalist.

Bio Active MC, produs japonez de excepție!

Am fost contactați de apartinătorii a două persoane care au folosit Bio Active MC.

Iată 2 cazuri noi:

Pacient din județul Brăila, 68 ani, operat de cancer la colon, nu suporta chimioterapia și a luat **Bio Active MC Oyama Agaricus**, la început câte 2, apoi câte 3 pliculețe/zi. Starea dumealui s-a îmbunătățit considerabil. Nu numai că reușește să facă plimbări, dar se și implică în activități din gospodărie. Analizele uzuale au ieșit în limitele normale, urmează să fie verificați și markerii tumorali pentru a ne informa despre rezultatul obținut.

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

www.apoteca-farmacie.ro
0748156367 Gara -tel/fax 0213189941
0748157004 Duca -tel/fax 0212603061
0748158062 Crangasi -tel/fax 0212238363



Distribuitor,
Importator:
Euro Japan Trading

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



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

Importator:

SC Euro Japan Trading,

Tel/Fax: 0368/ 452 849

Mobil: 0723.93.30.17

E-mail: office@ejtrading.eu •

Web: www.ejtrading.eu

De ce Bio Active MC?

- Deoarece sănătatea este mai bună decât toate și meriți să ai parte de ea!
- Deoarece conține 100% extract din ciuperca Agaricus Blazei Murill, denumită „Ciuperca lui Dumnezeu”, cunoscută pentru acțiunea anti-tumorală puternică.
- Deoarece ciuperca este cultivată în mediu natural, nu în seră, fără îngrășă-minte chimice.
- Deoarece **Bio Active MC** îți

oferă garanția calității japoneze, prin mărcile primite de la asociații de Medicină Alternativă și Complementară din Japonia.

- Deoarece îl achiziționezi din farmacie sau plafar, cu indicații de administrare personalizate.
- Deoarece vezi minime

îmbunătățiri ale stării de sănătate în 10-12 ZILE!

- Deoarece sănătatea este mai bună decât toate și meriți să ai parte de ea!
- Conține 120 de elemente necesare organismului (minerale, aminoacizi, oligoelemente) și este ușor de înghițit și ușor de asimilat!

De vorbă cu specialistul despre menopauză

Pentru că ne aflăm în luna dedicată femeii, mi-am propus să vin cu un dar către doamne. Un subiect de real interes și tot mai abordat în ultima perioadă este menopauza, această perioadă din viața fiecărei femei care, în cele mai multe dintre cazuri, din păcate, oferă o scădere a calității vieții. Am abordat-o pe doamna **Dr. Alina Dascălu, Medic Primar Obstetrică-Ginecologie**, cu experiență în terapia Menopauzei (substituție hormonală și terapii de regenerare vaginală) pentru a ne răspunde la cele mai frecvente întrebări ale pacienților. Cum o spun de fiecare dată, recomandarea și sfatul specialistului reprezintă punctul central în alegerea celei mai bune terapii, mai ales când vorbim despre menopauză, o condiție fiziologică atât de personală și diferită în viața fiecărei femei, unde și aici medicina personalizată își face simțit aportul.



Ce este de fapt menopauza și la ce vârstă apare ea?

Menopauza este o stare fiziologică normală a oricărei femei, manifestată prin absența menstruației timp de 12 luni. Aceasta se instalează la marea majoritate după vârsta de 50 ani, însă sunt și excepții, așa numita menopauză precoce – chiar după vârsta de 35 ani. În marea majoritate a cazurilor, vârsta este ereditară.

Când ne dăm seama că noi femeile am intrat la menopauză? Dar mai ales cum facem diferența dintre perimenopauză și menopauză?

Dacă menstruația lipsește timp de 12 luni și ne aflăm la o vârstă de peste 40-45 ani, putem să considerăm că am intrat la menopauză, evident dacă nu avem un alt tratament care blochează prezența menstriei lunare.

Perimenopauza se caracterizează prin menstruații neregula-

te (ce apar la un interval de 2-3-6 luni) și fluxul menstrual prezintă variații (se diminuează cantitativ sau pot deveni mult mai abundente - hemoragii).

Menopauza se caracterizează prin absența totală a menstriei, apariția tulburărilor vegetative – bufeuri, transpirații nocturne, iritabilitate, nervozitate, insomnii, creștere în greutate, sindrom genito-urinar (infecții urinare recurente – apărute de multe ori după contactul sexual, uscăciune vaginală, pierderi involutare de urină).

Ce se întâmplă în organismul femeii atunci când intră la menopauză? Ce soluții are?

Când femeia se află la menopauză și apar tulburările vegetative descrise mai sus, poate să le amelioreze prin tratament de substituție hormonală, suplimente alimentare specifice, vitamine și minerale.

Pentru simptomele apărute la nivelul aparatului genital (uscăciune vaginală, disconfort la contactul sexual) se pot efectua tratamente de regenerare vagina-

lă cu Laserul CO₂ și PRP vaginal.

Dacă prezintă pierderi involuntare de urină la eforturi minime (râs, strănut, sport), soluția este tratamentul de electrostimulare a musculaturii perineale Fotoliu Dr. Arnold.

Din experiența dumneavoastră, care sunt simptomele care le deranjează cel mai mult pe paciente când se instalează menopauza?

Principalele neplăceri ale pacientelor aflate la menopauză sunt bufeurile și transpirațiile nocturne cu care se confruntă încă de la începutul instalării ei, și nu de puține ori anxietate, iritabilitate, nervozitate, tendința de a uita (simptome care apar încă din timpul premenopauzei, dar de multe ori sunt puse pe seama stresului cotidian, pacientele adresându-se psihologului).

Cum putem ameliora simptomele menopauzei?

În funcție de simptomatologia fiecărei persoane, pot fi făcute diverse recomandări. Trebuie să se țină seama că menopauza nu este o boală ci este o stare fiziologică, cu care ne acomodăm în

așa fel încât să ne simțim bine în corpul nostru. Pentru aceasta este bine de știut că sportul, alimentația, meditațiile, pot ameliora unele dintre simptome. Cele mai deeranante sunt bufeurile și transpirațiile, dar nu de puține ori femeile se confruntă cu insomnii, iritabilitate, nervozitate, lipsă de energie. Toate acestea pot fi ameliorate prin efectuarea unui tratament de substituție hormonală pentru a reechilibra balanța hormonală. Un tratament nou pentru femeile din România este substituția hormonală cu hormoni bioidentici. Alături de această terapie BIH și suplimentele alimentare cu vitamine, minerale, plante adaptogene contribuie la readucerea stării de bine.

Care este momentul optim pentru a începe substituția hormonală?

În SUA, după vârsta de 40 de ani, se efectuează analize de sânge pentru perimenopauză pentru a decela valorile hormonale existente în organism, știindu-se că după această vârstă nivelul hormonilor începe să scadă. Este impropriu spus substituție hormonală, deoarece dacă se găsesc valori scăzute, se poate începe optimizarea hormonală, evident înainte de a prezenta simptome de premenopauză. Începând reechilibrarea hormonală precoce, momentul intrării la menopauză se poate îndepărta.

Se mai poate face substituție hormonală după ceva timp de la instaurarea menopauzei?

Da, evident, schemele de tratament sunt diferite. Se poate

efectua chiar dacă nu mai sunt simptome vegetative (bufeuri, transpirații), deoarece organismul are un real beneficiu pentru a putea fi cu energie crescută, claritate mentală, echilibrarea funcției sexuale, echilibrarea somnului.



Dr. Alina
Dascălu,
Medic
Primar
OG

Hormonii bioidentici sunt greu acceptați de organism?

Sunt tolerați foarte bine, fără să prezinte reacții adverse, deoarece au formula chimică identică cu cea a celor umani.

De ce recomandați terapia BIH?

Pentru că sunt produși naturali și nu de sinteză. De asemenea, un lucru foarte important este că se poate personaliza tratamentul pentru fiecare pacientă în parte, adaptând schema și dozele în funcție de valorile analizelor sanguine pe care le efectuează înainte de începerea terapiei BIH. După reevaluare, în funcție de ameliorarea simptomelor sau dispariția lor, se pot schimba dozele, ulterior rămânând pe tratament pentru o perioadă mai lungă de timp, cu

reevaluare bianual. Niciun alt tratament de substituție clasică (hormoni sintetici) nu permite o schemă personalizată. De asemenea, un lucru foarte important este că studiile care sunt efectuate pe o populație mare de femei, arată că riscurile tratamentului BIH sunt mult mai mici decât la terapie de substituție clasică, motiv pentru care poate fi recomandat pe o perioadă de mai mulți ani de la instalarea menopauzei.

Considerați că noi, farmaciști, putem aduce un aport benefic în educarea și îndrumarea pacienților în acest tip de terapie?

Da, deoarece și farmaciștii interacționează cu femeile interesate de acest subiect, deoarece de multe ori acestea merg direct în farmacie pentru a cere medicamente care să le ajute să treacă mai ușor pentru simptomele cele mai deranjante (bufeuri, insomnii). În acel moment, un farmacist instruit, care cunoaște terapiile moderne, le poate deschide interesul pentru acest tip de terapie. Acum există metode de informare online și o femeie curioasă poate să descopere informația ulterior. Important este să se vorbească mult despre acest lucru deoarece în România sunt puține persoane care cunosc acest tip de tratament.

E un început, dar eu sunt încrezătoare că se va face repede cunoscut și multe femei vor putea beneficia de acest lucru.

Crisia
farm
Laborator de analiză și producție
WWW.FARMACIACRISIA.RO

CAMPANIA SĂNĂTATEA SOMNULUI

www.vitalaire.ro



#Apneea în somn pe înțelesul tuturor

**21 martie 2024, ROMEXPO,
pavilion B3 – SALA TITULESCU**

Vom vorbi despre somn și apnee în somn cu medici specialiști în somnologie.

Fiți pregătiți! Recomandăm întotdeauna să vă informați din surse de calitate pentru a ști să alegeți în cunoștință de cauză și să mergeți la medic.

Pentru prima dată în România vă oferim ocazia să vă întâlniți față în față cu **medici specialiști în somnologie** și **pacienți cu apnee în somn** care să povestească din experiența lor.

În cadrul întâlnirii puteți adresa întrebări la care v-ați gândit și veți putea obține astfel cât mai multe răspunsuri care să vă ajute să luați decizii în ceea ce privește îngrijirea sănătății voastre.

Pe 21 martie 2024 la ROMEXPO în București, Pavilion B3-SALA TITULESCU – vă invităm la un eveniment nou și inedit în România: o dezbatere **#Apneea în somn pe înțelesul tuturor**.

Întâlnirea este dedicată publicului larg.

Dezbaterea va fi deschisă de către **medici specialiști în somnologie** din București:

- **Dr. Marius Sava** – Policlinica Floreasca – Rețeaua de Sănătate REGINA MARIA, **Medic specialist pneumologie, Competență în SOMNOLOGIE**
- **Dr. Carmen Stroescu** – Centrul Medical MEMORMED București, **Medic specialist pneumologie, Doctor în Medicină, Competență în SOMNOLOGIE și Endoscopie Bronșică**
- **Dr. Oros Mihaela** – PONDERAS ACADEMIC HOSPITAL BUCUREȘTI – Rețeaua de Sănătate REGINA MARIA, Președinte al Asociației pentru tulburări de somn la copii și adolescenți (ATSCA), **medic primar pediatru, cu competente în SOMNOLOGIE, PNEUMOLOGIE PEDIATRICĂ, Coordonator Centru de Somnologie Pediatrică PONDERAS ACADEMIC HOSPITAL BUCUREȘTI.**
- **Dr. Ioan Bulescu** – Clinica MEDICUM București, **medic specialist ORL, Competență în SOMNOLOGIE.**
- Discuțiile vor continua cu intervențiile a **4 pacienți** care vor povesti despre **experiențele** lor legate **sindromul de apnee în somn**.

Această întâlnire are la bază scopul de a oferi informație pe înțelesul tuturor și de a facilita colaborarea dintre oameni – medici și populația generală.

Sperăm ca această inițiativă să aibă un obiectiv principal: de a clădi încrederea necesară pentru a merge la un medic specialist atunci când observați că anumite semne și simptome vă pun pe gânduri, fără a vă trata singuri după **“Dr. Google”**.



CINE ESTE AȘTEPTAT LA ACEASTĂ ÎNTÂLNIRE DEDICATĂ PUBLICULUI LARG?

Întâlnirea de la **ROMEXPO** este un eveniment dedicat populației generale, unde sunt invitate **toate persoanele** care își doresc să afle informații din surse veridice despre **somn și sindromul de apnee în somn**.

AVEȚI UN SFORĂIT PUTERNIC ȘI ZGOMOTOS?

Pentru toți cei care știu că sunt înghionțiți cu cotul pe tot parcursul nopții de către partenerii de somn frustrați, este important să știți ce înseamnă **sforăitul** lor și cum pot face să remedieze această situație.

Există diferențe între **“sforăitorii simpli”** și **apneea în somn**. Cum puteți ști dacă trebuie să fiți diagnosticat cu **apnee în somn**? – **Teste STOP-BANG de screening** pentru **apneea în somn** în cadrul evenimentului.

CÂND VORBIM DESPRE SOMNOLENȚĂ ȘI OBOSEALĂ? CÂND AR TREBUI SĂ NE FACEM GRIJI?

Vă treziți cu **dureri de cap dimineața** și suferiți de **tulburări de memorie, atenție și concentrare**?

Apare senzația de **somn la volan** în timpul condusului?

SUNTEȚI SUPRAPONDERAL ȘI AVEȚI HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ?

Dacă vă încadrați la una din patologii: **insuficiență cardiacă, hipertensiune arterială, boli cardiovasculare, obezitate și diabet zaharat de tip 2**, evaluați-vă nivelul de risc de **apnee în somn** și testați-vă la evenimentul de la **ROMEXPO**!

Dezbaterile de la **ROMEXPO #Apneea în somn pe înțelesul tuturor** din **21 martie 2024** face parte din programul de activități al **Campaniei Sănătatea Somnului**, derulat de VitalAire România împreună cu medicii specialiști încă din anul 2020.

Mulțumim în mod special și oferim gratitudinea noastră **lectorilor** acestui eveniment și partenerilor **Regina Maria, Memormed, Medicum, Săptămâna Medicală și Jurmed-Jurnal de Sănătate** pentru pacienți, pentru implicarea lor în această campanie.

Participarea la eveniment este **gratuită** și **numărul de locuri este limitat**!

● Pentru toți cei care doresc să participe, rezervarea locului se face **doar telefonic** la numărul de telefon **0374 69 00 25**. **Înscrierea se face în ordinea înregistrării**.

Evenimentul va fi filmat și înregistrat video. Toți cei care participă la eveniment vor fi de acord să fie fotografiați și filmați în vederea partajării în social media a pozelor și filmelor video după eveniment.



Vedem pacientul, vedem persoana din spatele bolii,
și de aceea vă oferim informația de care aveți nevoie.
Schimbăm modul de îngrijire. Împreună cu tine.

#ChangingCareWithYou
VitalAire România



Viața fără sexualitate - o anomalie socială?

(continuare din numărul anterior)

Dr. Gabriela
Mădăraș,
medic primar
endocrinolog,
Târgu-Mureș



Asistăm la o schimbare a raportului de forțe, precum și a tipului de relaționare în cadrul cuplului. „The rise of lonely, single men“, „involuntary celibates/INCELLS“ sunt fenomene de care se vorbește din ce în ce mai des. Singurătatea bărbaților duce la frustrare și frustrarea conduce, nu rar, la violență. Soluțiile pot veni din educație și o înțelegere mai profundă și mai în acord cu realitatea a rolurilor pe care fiecare gen îl are în cadrul cuplului în noua ordine economică și socială creată.

Gap-ul dintre bărbați și femei pare a se adânci și mai mult dacă aruncăm o privire asupra sexualității masculine. Am convenit deja asupra faptului că sexualitatea feminină este un mister. Ce spun însă antropologii și biologii despre felul în care funcționează persoanele de sex masculin în intimitate?

Biologic și evoluționist vorbind, bărbații nu s-au schimbat mult în ultimele secole, ei sunt mai interesați de varia-

tea sexuală, adică atrași de sexul întâmplător și relațiile scurte, pentru a-și maximaliza transmisia de gene. Există se pare 3 factori care fac ca bărbații să-și părăsească cu mai multă ușurință soția și copilul: femeia investește mult mai mult în sarcină și naștere, ea are interes să își îngrijească ulterior copilul, în timp ce tatăl are neîncredere în paternitate.

Kristen Hawkes în cartea ei „Why do men hunt? Benefits for risky choices” precizează că preocupările bărbaților americani sunt similare celor din timpul societăților de vânători - culegători, - atât celibatari, cât și cei însurați, în principal de obținerea statutului de „mascul feroce“. Cum se reflectă aceste atitudini în cuplul contemporan? Există șanse ca bărbații să treacă printr-o transformare, dictată de noua paradigmă?

Deocamdată, Cuplul ca instituție stă prost (nu mai putem vorbi acum de „familie“ sau „căsnicie“, în contextul multiplelor forme de conviețuire existente).

În 2011 în Europa 45% din căsătorii sfârșesc prin divorț, majoritatea după 4-6 ani de căsnicie (în Franța numărul a crescut de mai mult de 2 ori în ultimii 30 de ani!).

Numărul familiilor monoparentale s-a dublat în 2008 față de anii '80, preponderent mame care își cresc singure copii.

În Europa 18% din persoane sunt celibatari, 28% în Suedia - la femei majoritatea au o condiție socială superioară.

Impactul schimbărilor societale din ultimii 50 de ani se vede și la nivelul intimității declarate. 1 femeie din 4 în SUA preferă să se uite la Netflix decât să facă sex, în timp ce 1 din 3 suedeze preferă să facă jogging.

În Japonia 45% din femei nu sunt interesate deloc de sex, iar 90% consideră că e mai bine să rămână celibatate.

New York Post scria nu demult că femeile între 20 și 30 de ani preferă să îngrijească un câine decât să se căsătorească/facă copii.

Sunt medic endocrinolog și ajung să discut cu pacientele mele despre sexualitate prin natura specialității mele. Multe femei doresc să își verifice densitatea osoasă adesea cu mult înainte de menopauză crezând eronat că lipsa sexualității înseamnă și o lipsă de hormoni necesari unei structuri osoase solide. Alte femei mă întreabă dacă decizia lor de a nu face sex timp de ani de zile ar putea avea un impact asupra stării de sănătate. Cu unele doamne



anamneza mă conduce către întrebări legate de ultimul consult ginecologic, ocazie cu care aflu că ele cred că dacă nu au partener sexual nu au nevoie nici de o vizită periodică de specialitate. Interesante sunt mereu mărturiile lor, pe care le voi cita mai jos:

- „Mă costă mult timp, energie și bani toată pregătirea asta pentru câteva minute de sex, adesea prost făcut! Câteodată el are probleme cu erecția sau ejaculează repede, în final abia aștept să merg la baie și să mă termin singură. Ultimul bărbat cu care m-am culcat nu își tăiașe unghiile de la picioare!” – C.D., 28 ani, manager, celibatară;
- „Mă întrebați dacă sunt bine acum la pensie... am 65 de ani, copiii sunt mari, nepoții

la fel, am divorțat și pot alege în sfârșit o viață fără sex, nu îmi doresc un bărbat, să am grija asta că dacă nu mă culc cu el va umbla cu alte femei, sunt liniștită și mă pot bucura cu adevărat de viață!”;

- „Am avut mereu impresia că prea multe persoane mi-au violat spațiul intim: de la consulturile ginecologice repetate anual, primii parteneri complet nepotriviți... Vreau să am corpul meu doar pentru mine, nu îmi mai trebuie sexualitate!”- R.O., 37 ani, violonistă;
- „Nu mai am sexualitate în sensul de penetrare de 2 ani; și cu cât citesc mai multă literatură feministă cu atât mi se pare mai greu să accept un contact sexual. Mă aștept ca o relație să se adreseze

în primul rând creierului și abia apoi corpului! Am avut orgasm prin masaj tantric.”- M.E., psiholog, în cuplu cu un bărbat de 5 ani;

- „Eu și soția mea nu am mai făcut dragoste de peste 1 an. Suntem cei mai buni prieteni, dar nu mai există asta între noi. Nu pot spune că îmi lipsește în mod deosebit, suntem bine așa. Gătim împreună, bem, râdem, mergem în concedii, dar intimitate nu mai avem, nici acasă, nici în alte locuri.” C.B., 65 de ani, Germania;
- „E jalnic sexul, de cele mai multe ori! O felație, o penetrare rapidă, apoi nici măcar nu mă pot autosatisface în prezența tipului, că asta îi șochează pe majoritatea. Mai bine nu, merci!” D.F., 42 de ani, divorțată de 10 ani, trăiește singură și are întâlniri cu bărbați cunoscuți online.

Se pare că viața fără sexualitate e din ce în ce mai frecventă și e clar nevoie de un nou echilibru în cuplu. Dan Savage spunea că „99.99% din oamenii care fac sex o fac nu pentru a se reproduce, ci pentru plăcere” și atunci mă întreb: oare mai nou ne obținem satisfacția din alte surse? Viitorul după Harari arată bizar: inteligența artificială înlocuiește cam toate meseriile umane creând o masă de oameni inutili care se droghează și trăiește euforic într-o realitate virtuală 3D, lipsindu-se de sex și relaționare inter-umană

Harari, Homo Deus. Scurtă istorie a viitorului, ed. Polirom, 2018.

Importanța acizilor grași Omega-3 pentru sănătatea și buna funcționare a organismului

Experții confirmă: un aport adecvat de DHA (acid docosahexaenoic) și EPA (acid eicosapentaenoic) joacă un rol decisiv pentru sănătatea generală, în special în timpul sarcinii și alăptării.

Grăsimi sănătoase

EPA și DHA sunt acizi grași polinesaturați cu lanț lung de atomi de carbon, aparținând grupului de grăsimi omega-3. Sursele vegetale de acizi grași omega-3 conțin în principal acid alfa-linolenic (ALA), care se transformă în DHA și EPA, acizi grași folosiți de organism. Cu toate acestea, conversia este limitată. Femeile tinere sănătoase convertesc aproximativ 15-20% din acidul alfa-linolenic ingerat din alimente în EPA și 5-10% în DHA. Formele active de EPA și DHA se găsesc în cantități semnificative mai ales în peștii marini grași, cum ar fi somonul, macroul și heringul.

Care este rolul acestor grăsimi în organism?

Aportul matern al acidului docosahexaenoic (DHA) contribuie la dezvoltarea normală a creierului și a ochilor fătului și sugarilor alăptați. Efectul benefic se obține cu un aport cotidian de 200 mg DHA în plus față de aportul zilnic recomandat pentru acizi grași omega-3 pentru adulți, adică: 250 mg DHA și EPA.

DHA contribuie și la menținerea funcției normale a creierului și a vederii la adulți. Efectul benefic este obținut cu un aport zilnic de 250 mg de DHA.

Totodată, EPA și DHA contribuie la funcționarea normală a inimii. Efectul benefic este obținut cu un aport zilnic de 250 mg

DHA și EPA. (potrivit European Food and Safety Administration).

Conform cercetărilor efectuate până în prezent, acizii grași Omega-3 susțin fertilitatea, atât în cazul femeilor, cât și al bărbaților. Calitatea lichidului seminal și motilitatea spermatozoizilor sunt îmbunătățite prin administrarea de suplimente ce conțin ulei de pește certificat de calitate superioară.

Aparatul reproducător feminin este influențat în mod benefic de către acești acizi grași Omega-3, întrucât ei susțin procesul ovulației și calitatea ovulelor, ajută la reglarea echilibrului hormonal și sprijină organismul în bolile inflamatorii.

De ce este importantă calitatea și puritatea uleiului de pește?

Omega-3 poate fi recomandat tuturor adulților de sex masculin și feminin, mai ales în cazul celor care nu consumă în mod regulat pește sau preparate din pește. Calitatea superioară și puritatea uleiului de pește sunt parametri foarte importanți, împreună cu tehnologia de obținere și eficiența dovedită prin cercetări și studii. Compania norvegiană Epax este primul producător care a creat această separare a acizilor grași inventând tehnologia utilizată pentru standardizarea și controlul conținutului de EPA și DHA în uleiul de pește. Cu 30 ani de experiență și cu peste 100

de studii clinice ce susțin siguranța și eficacitatea administrării acizilor grași EPA și DHA proveniți din uleiul de pește, produsele Epax îndeplinesc sau depășesc standardele de reglementare cunoscute în materie de puritate.

Fertilovit Omega-3, dublă protecție pentru un nou început

Datorită conținutului de DHA și EPA, dar și a purității sale superioare, **Fertilovit Omega-3** oferă beneficii foarte importante pentru sănătatea fătului, sugarului (administrat în timpul sarcinii și în perioada de alăptare sau postnatală) și a adultului de sex feminin sau masculin.

Fertilovit Omega-3 este recomandat bărbaților și femeilor ca aport zilnic pentru menținerea funcțiilor sexuale, funcționarea normală a inimii, creierului și vederii.

Fertilovit Omega-3 poate fi comandat online pe www.farmaciadux.ro, fiind un produs distribuit în România de către **Dux MD Pharma Solutions**.

Surse:

<https://my-fertility-blog.com/2021/06/29/pregnancy-and-breastfeeding-omega-3-fatty-acids/>
<https://ec.europa.eu/food/food-feed-portal/screen/health-claims/eu-register>
www.mdpi.com/1424-8247/16/5/723
[www.ejog.org/article/S0301-2115\(22\)00402-X/fulltext](http://www.ejog.org/article/S0301-2115(22)00402-X/fulltext)
www.farmaciadux.ro
www.epax.com/

Fertilovit® for a new life

www.fertilovit.ro

Acizii grași Omega-3 sunt esențiali
pentru sănătatea și buna funcționare
a organismului, cu beneficii
importante confirmate științific.*

*<https://www.healthline.com/nutrition/17-health-benefits-of-omega-3>

Complexul ortomolecular Fertilovit Omega-3 oferă protecție pentru un nou început!



• Conține 200 mg de DHA și 40 mg EPA

• Ulei de pește de calitate superioară
Epax®, brandul norvegian, lider
modal, renumit datorită purității
certificate peste standardele industriei



<https://www.epax.com/why-epax/our-philosophy/>

• Capsula are dimensiune mică și miros
redus de pește
• Fără organisme modificate genetic,
fără gluten, fără lactoză



Conform cercetărilor și aprobărilor EFSA, acizii grași Omega-3 contribuie la:

- dezvoltarea normală a creierului și a ochilor fătului și sugarilor alăptați (administrare în timpul sarcinii și în perioada de alăptare sau postnatală)*;
- funcționarea normală a inimii, menținerea vederii normale și a funcției cerebrale, în cazul tuturor adulților de sex feminin și masculin*;
- îmbunătățirea fertilității bărbaților și a femeilor**.

*Autoritatea Europeană pentru Siguranța Alimentară <https://ec.europa.eu/food/food-feed-portal/screen/health-claims/eu-register>

**www.mdpi.com/1424-8247/16/5/723; [www.ejog.org/article/S0301-2115\(22\)00402-X/fulltext](http://www.ejog.org/article/S0301-2115(22)00402-X/fulltext)

Unic Importator și Distribuitor în România: Dux MD Pharma Solutions SRL

Puteți solicita detalii printr-un email la adresa: office@duxmd.ro
www.duxmd.ro / Tel: 0769 954 577

Dux MD
pharma solutions

Rev. SM 03.2024

Medicina regenerativă, posibilități și perspective (2)



Dr. Eduard
Ursuleanu
Medic chirurg,
Centrul Medical
Monza – Proestetica



Continuare din numărul anterior.

S-a realizat sinteza în laborator de țesut similar țesutului cerebral plecând de la celule stem pluripotente. Pe lângă implicațiile extraordinare evidente dar încă greu de atins pe care le deschide acest studiu, există și rezultate care pot fi utilizate imediat. Funcționalitate similară țesutului cerebral, permite ca pe astfel de culturi să se poată realiza cercetări utile în neurologie. Modelul creat astfel poate fi folosit de exemplu în simularea efectului medicamentelor în infecțiile cu virus Zika, infecții care afectează un miliard de oameni.

Sinteza de organe în laborator, plecând de la celule stem, în condițiile în care cererea de transplant de organ este cu mult mai mare față de disponibilitatea acestor organe de la donatori este în acest moment ținta principală și cu posibilități reale de a fi atinsă, a medicinei regenerative.

Medicina regenerativă aplicată în bolile degenerative sau autoimune sau aplicațiile ortopedice, oftalmologice, din domeniul chirurgiei plastice sunt și ele puncte de maxim interes și care mobilizează colective de cercetare pe mapamond.

Se încearcă, de exemplu, sintetizarea facială la indivizii care au suferit traume importante cranio-faciale, în teatrele de război sau după accidentări diverse. Studiile din ortopedie

promit oase cu rezistență crescută iar transplantul de retină, prin injectare de celule stem pluripotente de la donor, a fost realizat prima dată la Osaka, martie 2017.

Dar eu cred, și părerea mi-am însușit-o studiind acest domeniu aflat la granița dintre medicină, genetică, biologie moleculară, biotehnologie, bioinginerie, biofizică și biochimie, că dincolo de sinteza de organe ne așteaptă de fapt ceva cu mult mai important. Mai important decât să poți sintetiza un pancreas sau un plămân sau un cord identic cu cel afectat, disfuncțional, traumatizat. Manipularea celulelor stem deține cheia procesului de îmbătrânire și implicit legătura dintre îmbătrânire și patologii asociate. Totodată, patologii degenerative și autoimune vor putea fi controlate prin

intermediul celulelor stem și a mediatorilor acestora.

Practic, nu va mai fi nevoie de sinteza de organ sau de țesuturi pentru că administrarea celulelor potrivite (ca la retină) sau a mediatorilor secretați de aceste celule va reface, va recompune organul afectat in situ, la individul bolnav. Deși pare science fiction și deși sunt studii care arată că interacțiunea celulelor stem cu mediul, cu celulele gazdă din organul țintă, cu sistemul imun, factorii epigenetici precum și alți factori pe care doar îi bănuim acum, sunt implicați, rolul celulelor stem ca atare este capital. Capacitățile lor regenerative, diminuarea acestor capacități la individ odată cu trecerea timpului, au o legătură clară cu procesele de îmbătrânire, cu mecanismele de moarte celulară. Capacitatea de diferențiere a acestor celule scade cu avansarea în vârstă și cu complexitatea organismului studiat, fiind diferită și mai slabă la mamifere față de specii inferioare. În același timp, nu avem încă o explicație pentru faptul că organe diferite au rate diferite de regenerare la un individ dintr-o specie dată. Capacitatea regenerativă a ficatului la om pare conservată mult mai bine, și moștenită antropologic, față de capacitatea de regenerare a unor organe cu complexitate similară. Practic, în afară de ficat, piele și măduvă, regenerarea organelor la om pare să fi plătit prețul superiorității speciei pe scara evoluției.

Aceste observații sugerează că studiarea în concomitență a speciilor cu un înalt potențial

regenerativ este o direcție importantă pentru comunitatea științifică implicată în medicina regenerativă. Există organisme care par blocate în faza embrionară, din punct de vedere al capacității de regenerare deși biologic sunt adulte, sau specii ai căror indivizi conțin, de asemenea la vârsta adultă, până la 20% celule stem, din totalul celulelor. Hidra, organism acvatic tubular, reușește ca într-un interval de câteva zile să regenereze doi indivizi în urma secționării exemplarului studiat în jumătate. Există specii de viermi cu un ridicat conținut de celule stem disponibile oricând pentru diferențiere. Salamandrele pot regenera în câteva zile membre sau coada, dar mecanismul este diferit. Celule adulte, diferențiate, parcurg un traseu invers fiind convertite în celule stem. Aceste celule stem migrează la locul traumei și se diferențiază local regenerând segmentul anatomic amputat.

Biologia regenerativă, sau zoologia regenerativă, reprezintă o sursă importantă de informații care, se speră, pot

fi extrapolate în medicina regenerativă umană. Paralelele între mecanismele biologice de regenerare existente la aceste organisme și posibilitatea activării aceluiași procese la om este unul dintre subiectele de studiu actuale.

Fără îndoială, medicina regenerativă va cunoaște o dezvoltare explozivă în anii care vin și asta ar impune prezența acestei discipline în programa facultăților de medicină. Sunt studii care arată că dificultățile întâmpinate de colectivele de cercetare provin și din absența unui training adecvat în domeniu, și aici mă refer la facultățile de renume din occident. Această lipsă de pregătire se alătură altor obstacole. Interdisciplinaritatea medicinei regenerative, absența unor laboratoare care să dispună de toate facilitățile de studiu și cercetare, extrem de diverse, din domenii nu neapărat înrudite, în aceeași unitate, este o altă problemă care trebuie rezolvată.

Este nevoie de specialiști în domeniu și pregătirea trebuie începută din facultate.

Medicina regenerativă poate stopa, ameliora, inversa procesele biologice și mecanismele care duc la îmbătrânire și boală. Asta explică de ce atenția publicului, a politicianilor, a specialiștilor este atât de mare în acest sector medical multidisciplinar. Această atenție, complet justificată, va asigura finanțarea și dacă vor exista și suficienți specialiști care să studieze în acest câmp extrem de promițător, capitole mari din patologia actuală vor putea fi trimise în istoria medicinei. Și cred că, și speranța de viață a speciei, o viață mai bună, va crește.

Tratamentul în Boala Parkinson avansată



Boala Parkinson este a doua cea mai frecventă boală neurodegenerativă, după demența Alzheimer, afectând peste 6,1 milioane de oameni din întreaga lume. Este o boala cronică, progresivă, care determină o multitudine de simptome motorii și non-motorii. În stadiile tardive, simptomele devin greu responsive la tratament, pacienții necesitând un management clinic individualizat.

Conf. Univ. Dr.
Florentina Cristina Pleșa
Spitalul Universitar
de Urgență Militar
Central „Carol Davila”



Vârsta este cel mai important factor de risc pentru boala Parkinson, vârsta medie la debutul bolii fiind de aproximativ 60 de ani. Femeile sunt mai puțin afectate comparativ cu bărbații.

Boala Parkinson se manifestă prin simptome motorii și non motorii.

Simptomele non-motorii pot apărea mai devreme în evoluția bolii. Acestea pot fi tulburări gastrointestinale (constipație), cardiovasculare (hipotensiune ortostatică), psihiatrice (tulburări de somn, depresia, anhedonia (incapacitatea de a simți o plăcere), tulburări compulsive sau cognitive, senzoriale (afectarea mirosului) sau genito-urinare.

Simptomele motorii constau în tremor, rigiditate și bradikinezie (mișcare lentă). Tremorul este o mișcare involuntară, ritmică, a unei părți a

corpului. Rigiditatea este definită ca o rezistență crescută la mișcările pasive. Bradikinezia reprezintă încetinirea mișcării și scăderea amplitudinii și vitezei mișcărilor repetitive. De asemenea, pe măsură ce boala Parkinson avansează, pacienții prezintă și tulburări de postură. În timp, simptomele motorii ale bolii Parkinson se agravează.

Terapia în boala Parkinson avansată

În cazurile avansate de boală, alternativele terapeutice

ce urmăresc asigurarea unei concentrații cvasiconstante a nivelului de dopamină în structurile cerebrale afectate sau controlul simptomelor prin stimularea electrică a unor zone implicate în circuitele de control a motilității (stimulare cerebrală profundă).

Aceste posibilități terapeutice sunt invazive, necesită utilizarea de dispozitive speciale și existența de centre specializate în tratamentul bolii Parkinson cu echipe multidisciplinare. Eficacitatea acestor proceduri terapeutice depinde atât de evaluarea complexă a cazului și stabilirea unei strategii terapeutice personalizate, cât și de identificarea cât mai rapidă a momentului în care pacientul se află în stadiul avansat al bolii.

Administrarea continuă de L-dopa prin intermediul unei pompe

Formele avansate, responsabile la L-dopa, dar cu mari fluctuații motorii, mai ales dacă asociază și tulburări de evacuare gastrică, au posibilitatea administrării continue de L-dopa gel intestinal, direct la nivelul jejunal, cu ajutorul unei pompe externe. Medicul neurolog, după o evaluare completă a pacientului, stabilește indicația pentru acest tip de terapie.

Montarea acestor dispozitive presupune o colaborare strânsă în cadrul unei echipe din care fac parte medicul neurolog, gastroenterolog, chirurg, anestezișt, radiolog și psiholog, pacientul fiind monitorizat

permanent înainte și după procedură.

Administrarea intestinală continuă de levodopa se realizează printr-o sondă gastro-jejunală conectată la o gastrostomă, montată pe cale endoscopică percutană. Gelul de levodopa este livrat cu ajutorul unei pompe atașate la sondă. Atât doza totală, cât și dozele componente (matinală, continuă și extradoza) sunt individualizate, cu posibilitatea suplimentării acestora în funcție de necesități. Procedura definitivă de montare a gastrostomei este precedată de o etapă importantă atât pentru stabilirea eficienței terapeutice și a dozelor optime cât și pentru decizia pacientului în ceea ce privește implantarea dispozitivului și anume, aceea de testare terapeutică pe sonda nazogastrică.

Indicația administrării continue de levodopa, după cum am menționat, este dată de lipsa de control a tulburărilor moto-

rii la un pacient aflat în tratament oral optimizat cu levodopa, care nu are sau nu dorește o altă alternativă (DBS) și care are o funcție cognitivă bună sau un suport optim familial. Reacțiile adverse sau complicațiile legate de dispozitivul gastro-jejunal sunt rare, soluționabile și pot fi legate de locul de incizie, dureri abdominale, blocarea sau deteriorarea tubului.

Pacientul și familia sunt instruiți pe toată perioada spitalizării în legătură cu utilizarea dispozitivului și îngrijirea stomei. La domiciliu pacienții beneficiază de un consilier medical specializat care le oferă acestora îngrijire și consiliere și menține legătura între centru și medicul neurolog de ambulator. Pacienții sunt monitorizați periodic, la 3 luni, sau la nevoie, cu prioritate, pentru menținerea unui efect favorabil îndelungat al calității vieții, prin optimizare terapeutică și prevenirea posibilelor complicații.

Concluzii

Administrarea continuă a terapiei cu levo-dopa prin intermediul unei pompe crește calitatea vieții pacienților printr-un control mai bun al simptomelor și prin scăderea numărului de pastile pe care aceștia trebuie să le ia zilnic. Cu toate acestea, nu este o soluție ideală pentru toți pacienții eligibili cu boală Parkinson, fiind o procedură invazivă, iar pompa, odată ce a fost montată, necesită îngrijire și monitorizare constantă. Cercetarea în domeniul bolii Parkinson continuă. Înțelegerea mecanismelor care duc la neurodegenerare poate conduce în viitor la dezvoltarea unor terapii care, pe lângă un control optim al simptomelor, să ajute și la încetinirea progresiei bolii.

Insuficiența cardiacă avansată



Insuficiența cardiacă (IC) este definită ca un sindrom complex, cu semne și simptome bine-cunoscute, datorat unor anomalii funcționale și/sau structurale cardiace, având ca urmare o umplere sau o ejeție ventriculară deficitară, cu creșterea presiunilor intraven-triculare, scăderea debitului cardiac în repaus/la efort, iar în stadiu avansat, terminal, IC determină insuficiență multiplă de organe.

**Dr. Drd. Claudia
Bianca Nica**
Medic primar Cardiolog,
Clinica de Chirurgie
Cardiovasculară
SCUB „Floreasca”



**Prof. Univ. Dr. Habil.
Horațiu Moldovan, FACC**
Șef Clinica de Chirurgie
Cardiovasculară
SCUB „Floreasca”
Membru titular Academia
de Științe Medicale

Interesul pentru chirurgia inimii a început cu multe sute de ani în urmă, însă aceasta prezintă o dezvoltare explozivă de-a lungul ultimului secol, în 1967 având loc primul transplant cardiac efectuat de Dr. Christiaan Bernard în Cape

Town, South Africa, în 1969 este implantat primul prototip de inima artificială dezvoltată de Domingo Liotta și implantată de chirurgul Denton Cooley la Houston US. În decembrie 2022 a avut loc transplantul cardiac al unei inimi de porc, modificată genetic, la om, și a fost efectuată de Dr. Bartley Griffith, Maryland US.

În România, primul transplant cardiac a fost efectuat de Dr. Șerban Brădișteanu alături de Prof. Dr. Radu Deac, în 1999 la Spitalul Clinic de Urgență București, iar în 2001 la Institutul C.C. Iliescu din București a fost implantat pri-

mul stimulator cardiac de către Prof. Dr. Vasile Căndea și Dr. Horațiu Moldovan. În prezent, transplantul cardiac, se efectuează în Centrul Universitar din Târgul Mureș sub coordonarea Prof. Dr. Horațiu Suciu, cât și la Spitalul Clinic de Urgență București, sub coordonarea Prof. Dr. Habil. Horațiu Moldovan, aici fiind în desfășurare și programul de implantare al dispozitivelor de asistare circulatorie..

Incidența și prevalența insuficienței cardiace

În prezent, în toata lumea, 64,3 milioane de pacienți suferă de IC. Conform ghidului

2022, în US, cazurile în creștere de IC, datorate îmbătrânirii populației, consumă între 1-2% din bugetul dedicat sănătății. Mortalitatea cauzată de IC, în US, a crescut de la 275.000 de cazuri în 2009, la 310.000 în 2014. Spitalizările cauzate de IC, între 2013-2017 au fost în creștere, atingând în 2017 un număr de 1.2 milioane de pacienți anual. În US, trăiesc aproximativ 6 milioane de pacienți diagnosticați cu IC, iar dintre aceștia 10% suferă de IC avansată.

Conform ghidului de management al IC, 2021, în Europa, incidența IC este de 3:1000 de locuitori, iar prevalența IC este de 1-2% din populația adultă. Prevalența IC crește o dată cu vârsta, astfel încât suferă de IC aproximativ 10% din populația de peste 70 de ani, preponderența pe sexe fiind egală. Mortalitatea este de 67% la 5 ani de la momentul diagnosticului, iar prognosticul în cazul femeilor este mai bun.

Se estimează că 4.7% din populația peste 35 de ani a României suferă de IC (circa 560.000 de pacienți). În fiecare oră apar în medie 5 cazuri noi de insuficiență cardiacă (circa 45.000 cazuri noi/an). (Sursa: Societatea Romană de Cardiologie).

Impactul asupra supraviețuirii pacienților cu IC aflați în stadiul 1, 2, sau 3, care au beneficiat de implantarea unui dispozitiv de asistare, de tip LVAD, s-a îmbunătățit progresiv. Supraviețuirea la 2 ani este peste 80%, documentată în trialurile recente care urmăresc

noua generație de dispozitive LVAD, apropiindu-se astfel, de supraviețuirea pe termen scurt post-transplant. Raportul din 2020 a arătat ca 87,6% din pacienții care au primit un astfel de dispozitiv de asistare circulatorie se aflau în stadiu 1-3. Este documentată îmbunătățirea supraviețuirii, la peste 4 ani, pentru pacienții ce au beneficiat de implantul unui LVAD ca "destination therapy" (DT), și la peste 5 ani la cei care au beneficiat de implantul unui LVAD, ca "bridge to transplant" (BTT). Aceste dispozitive, au îmbunătățit capacitatea de efort, dar și calitatea vieții acestor pacienți. Totuși, ei rămân atașați unei unități electrice externe, prin intermediul unui cablu subcutanat care face legătura între

dispozitivul implantat în cord și unitatea electrică externă, respectiv bateriile externe reîncărcabile. Majoritatea pacienților au nevoie de reinternare în primul an post implant. Trebuie corect evaluați și educați înaintea implantului, pentru a avea certitudinea că sunt capabili să se îngrijească singuri, să aibă capacitatea psihoemoțională de a înțelege avantajele și dezavantajele acestui dispozitiv, să fie permanent conectați la o sursă electrică și să aibă suport familial. Un impact decisiv asupra evoluției postoperatorie îl are întreaga echipă alcătuită din chirurg cardiac, cardiolog, asistent social, farmacist, nutriționist, care se aibă disponibilitate și să cunoască cum trebuie abordat un astfel de pacient.

Concluzii

Media supraviețuirii pacienților post-transplant cardiac este de peste 12 ani. Media supraviețuirii pacienților cu insuficiență cardiacă avansată, fără noile terapii, este sub 2 ani. La 3-4 ani de la implantarea LVAD ului, acești pacienți prezintă mortalitate crescută, prin riscul crescut de infecții, cât și prin riscul crescut de sângerare gastrointestinală, indiferent de terapia aleasă. Rata de rejeț post-transplant în primul an este sub 15%. Este menționată o scădere a mortalității pacienților aflați pe lista de transplant, o dată cu dezvoltarea noilor terapii dar totodată se constată o creștere a folosirii dispozitivelor de asistare circulatorie temporară. Observăm că nu există tratamentul ideal pentru IC, iar numărul pacienților care beneficiază de transplant cardiac este în scădere, datorită lipsei donatorilor, ceea ce a determinat dezvoltarea dispozitivelor de asistare. Actualele opțiuni pentru IC avansată, au fiecare dintre ele, avantaje și dezavantaje, iar noi opțiuni se află în dezvoltare.

Avizul Medico-Sportiv: Importanța Evaluării Medicale în Sport

Avizul medico-sportiv este un document medico-legal rezultat în urma unei evaluări periodice standardizate realizate de medicii de medicină sportivă și are o valabilitate de 6 luni. Oricare ar fi sportul practicat, avizul medico-sportiv este necesar pentru a stabili dacă putem practica sport în siguranță și pentru a identifica potențiale probleme de sănătate care pot afecta performanțele noastre.

Asist. Univ. Dr. Alina
Maria Smaranda,
medic specialist Medicină
Sportivă, UMF „Carol
Davila”, București



In cadrul avizului medico-sportiv se iau în considerare următoarele aspecte: starea de sănătate, starea de nutriție și dezvoltare fizică, capacitatea de efort.

Evaluarea medicală

Aceasta include un istoric medical complet, examen clinic detaliat, analize de laborator și are ca scop asigurarea faptului că suntem într-o stare bună de sănătate generală și că putem face față eforturilor fizice specifice sportului nostru.

Examinarea antropometrică - îndrumarea spre excelență

Diagnosticul stării de nutriție și dezvoltare fizică se realizează prin somatoscopie, somatometrie și determinarea compoziției corporale. Biotipul somatic, indicii antropometrici, alături de evaluarea posturii, sunt esențiale pentru atingerea performanțelor și pot fi factori importanți în selec-

ția și orientarea talentelor. Compoziția corporală variază în funcție de vârstă, sex și sportul practicat, iar aportul energetic trebuie corelat cu aceasta și statusul nutrițional al sportivului. Biotipul somatic reprezintă calitățile somatice esențiale pentru practicarea unui anumit sport. Acesta se apreciază prin indici antropometrici cu determinare predominant genetică, iar indicii care variază sub influența factorilor de mediu trebuie corelați cu compoziția corporală. Această examinare este importantă în toate cele 3 etape ale selecției medico-sportive.

Evaluarea aptitudinilor fizice

O componentă importantă a avizului medico-sportiv este evaluarea capacității funcționale și efort în funcție de tipul predominant de efort din disciplina sportivă. Aceasta include evaluarea neuromusculară, examinarea psihologică, EKG de repaus și testarea capacității de efort aerobă și anaerobă. Testul de efort cardio-pulmonar (CPET) este esențial pentru sportivii de performanță, oferind informații detaliate

despre capacitatea lor de efort, răspunsul cardio-pulmonar. Ecocardiografia este utilă pentru evaluarea remodelării adaptative a inimii și identificarea afecțiunilor structurale. Această evaluare complexă ajută la identificarea semnelor precoce ale oboselii patologice și a afecțiunilor cardiovasculare sau pulmonare.

Să ne bucurăm de sport în siguranță

Pe baza evaluărilor medicale și a rezultatelor testelor, medicul de medicină sportivă va furniza recomandări specifice. Acestea pot include sugestii pentru îmbunătățirea alimentației, recomandări privind procesul de refacere, medicație, precum și sfaturi pentru evitarea accidentărilor. De asemenea, medicul va discuta despre orice afecțiuni medicale preexistente și va oferi îndrumări pentru gestionarea lor.

Puncte cheie:

Introducerea unei evaluări standardizate la nivel european în scopul oferirii celei mai bune îngrijiri pentru toți sportivii de elită.

Accentuarea importanței screening-ului ECG în rândul populației de sportivi.

Patogeneza trombozei – condiții multifactoriale

Până la mijlocul anilor 1980, laboratorul a avut puțin de oferit în identificarea factorilor etologici sau de risc la pacienții care sufereau de tromboză. Interesul inițial pentru aceste stări de risc datează din anii 1960, odată cu înțelegerea aspectelor moleculare ale mai multor dintre aceste afecțiuni. O tendință trombotică dobândită este comună, apare în multe condiții, complexe și multifactoriale și nu poate fi pusă în evidență printr-un singur test de laborator. Au fost dezvoltate ghiduri extrem de documentate, care oferă liniile directe privind investigarea unei trombofilii moștenite sau dobândite. Până la urmă istoricul clinic rămâne un factor dominant în managementul clinic și terapeutic al trombozelor. În aceste condiții putem ridica întrebarea dacă este normal eșecul în evaluarea unui status trombotic la un pacient?

Biochimist
Valeriu Găman,
Chimist Medical Principal



Cu mai bine de 165 de ani în urmă, patologistul german Rudolph Virchow a enunțat procesele fundamentale implicate în patogeneza trombozei. Acestea includ rolul vasului de sânge, al fluxului de sânge în interiorul vasului și chimia sângelui – triada lui Virchow. Medicii și populația deopotrivă, ar trebui să fie bine informați în ceea ce privește factorii de risc pentru boala arteriovasculară din ateroscleroză care se manifestă în principal ca accident vascular cerebral (AVC) și infarct miocardic (IM) - hipercolesterolemie, hipertensiune arterială și fumat. În aceste tulburări arteriale vasculopatie, tromboza este adesea mecanismul final de ocluzie, de obicei secundar unei

leziuni aterosclerotice. Leziunea demonstrează triada lui Virchow: o structură internă alterată a vasului, un flux sanguin turbulent și modificări ale factorilor de coagulare (cantitative sau calitative), toate contribuind la riscul de formare a trombului. Dacă se formează cheaguri de sânge în vena pacientului, un segment instabil se poate rupe și pluti către vascularizația pulmonară. Embolia pulmonară potențial mortală, printre alte complicații, este principalul motiv pentru utilizarea pe scară largă a medicamentelor anticoagulante profilactice. Alte afecțiuni care favorizează starea de hipercoagulare și au indicații pentru anticoagulare: fibrilația atrială cronică, valvele cardiace artificiale și conectarea la aparatele de bypass la pacienții supuși unei intervenții chirurgicale cardiace.

*

Pentru ca tromboza să se manifeste clinic, trebuie să fie prezenți simultan mai mulți

factori de risc pentru a depăși și procesele naturale din sânge care asigură în mod normal protecția împotriva trombozei. Stările de hipercoagulare au un impact considerabil asupra societății, nu numai sub forma trombozelor patologice primare, ci și în managementul medical al unei afecțiuni aparent fără legătură pentru a preveni complicații trombotice secundare devastatoare. Deși se crede că ar fi subraportat, s-a estimat că peste 200.000 de persoane din SUA sunt diagnosticate anual cu tromboembolism venos, cu o rată a mortalității de 30% iar aproximativ 40.000 dintre decese reprezintă moarte subită din cauza embolismului pulmonar. Când se cuplează incidența embolismului pulmonar cu aspectul trombotic al bolii arteriale, manifestat prin accident vascular cerebral, infarct miocardic și boala vasculară periferică, tromboza devine, în mare parte, cel mai comun mecanism de deces întâlnit în țările occidentale.

Retenția acută de urină



Retenția acută de urină reprezintă o patologie pe care o întâlnim atât la copil cât și la adult. Având în vedere modul acut în care se instalează simptomatologia, ea reprezintă o urgență. Medicul de familie poate, în urma anamnezei și a examenului clinic, să stabilească diagnosticul de retenție acută de urină și să aplice primele măsuri terapeutice. Pentru stabilirea etiologiei și o conduită terapeutică corespunzătoare pacientul va fi îndrumat spre un serviciu de urologie.

As. Univ.
Dr. Claudia-Felicia Pop
Medic primar Medicină
de familie, Cluj-Napoca,
UMF Cluj-Napoca Disciplina
Nursing, Afiliere - AREPMF



AREPMF
Educație pentru sănătate

Retenția acută de urină (RAU) este cea mai comună urgență de tip urologic întâlnită în cabinetul medicului de familie. Reprezintă incapacitatea de a goli spontan vezica urinară timp de mai mult de 12 ore. Poate să apară la orice vârstă, dar mai rar la copil față de adult. Este mai frecventă la sexul masculin, în principal după vârsta de 60 de ani.

Există numeroase cauze responsabile de instalarea retenției acute de urină:

Obstacole mecanice

- Uretra: stricturi uretrale, calculi inclavați pe uretră, tu-

mori sau malformații, ruptura de uretră

- Intravezical: calcul sau cheag de sânge care obturează colul vezical, tumoră care se dezvoltă în colul vezical, corpi străini
- Extravezical și extrauretral: adenom sau cancer de prostată, tumori pelviene sau perineale, prostatita acută, hiperplazia benignă de prostată, prolaps genital avansat

Perturbări

funcționale

(retenții reflexe)

- Post rahianestezie
- Postoperator: operații în jumătatea inferioară a abdomenului
- Infecții: prostatita acută, vulvovaginita, pelviperitonita
- Posttraumatic în jumătatea inferioară a abdomenului
- Traumatisme cu compresii sau secțiuni ale măduvei
- Medicamente: anticoliner-

gicele, simpatomimeticele, drogurile

Diagnosticare

1. Simptome

- eforturi ineficace de a urina
- durere localizată în hipogastriu, de intensitate mare
- senzație imperioasă de micțiune
- agitație psihomotorie – anxietate

1. Palpare – glob vezical foarte dur și sensibil la palpare, mat la percuție

2. Ecografie abdominală

Diagnostic diferențial

1. Retenția cronică de urină

- retenție lentă, se accentuează progresiv
- tulburări de micțiune în antecedente
- afectare renală, cardio-vasculară
- stare generală alterată
- astenie, vărsături, diaree

2. Anuria - vezica urinară este goală, nu are ce urina.

Suntem departe de eliminare a virusului Hepatitei C, dar suntem pe drumul cel bun



Descoperirea virusului a fost etapa inițială care a identificat inamicul și a declanșat o avalanșă de cercetări ulterioare, care au dus într-un sfert de veac (timp scurt în cercetarea medicală) la inventarea primului tratament fără interferon cu vindecare virusologică de aproape 100%. La nivelul pacientului infectat cu virus C înseamnă minunea vindecării! La nivelul medicului curant înseamnă satisfacția de a reuși să vindeci o infecție virală cronică și să modifice drastic prognosticul pacientului; răspunsul virusologic susținut la un pacient diagnosticat în faze preciroitice înseamnă stoparea evoluției spre ciroză și cancer hepatocelular, ameliorarea calității vieții, absența manifestărilor extra-hepatice legate de virusul C. În plus, apariția acestor tratamente extrem de eficiente a făcut posibil

În anul 1989 a fost descoperit virusul hepatitic C de către Profesorul Michael Houghton și colaboratorii săi, urmând aprobarea primului tratament pe bază de interferon în anul 1991. Despre implicațiile acestei descoperiri ne vorbește Prof. Univ. Dr. Anca Trifan, medic gastroenterolog, șef de catedră la Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași

planul OMS de a elimina hepatitele virale ca povară pentru sănătate. A aliniat toți gastroenterologii și infecționiștii din lume în spatele unei idei extrem de generoase și atractive, anume aceea de a elimina în timpul vieții profesionale a acestei generații infecția virală C pentru toate generațiile care vin după noi. A mutat lupta cu boala din cabinet, din fața unui pacient în societate, oferind teste de screening și tratament tuturor în nevoie.

Referindu-ne la vaccinologie, în cazul virusului hepatitic C, vaccinul nu există.

Înseamnă că singura metodă de prevenție adevărată este de a identifica și trata toți pacienții infectați pentru a îndepărta sursa de infecție! Din păcate, există infecții noi cu virusul C în întreaga lume, care perpetuează infecția! Descoperirea unui vaccin va rămâne așteptată în întreaga lume, dar momentan singura soluție rămâne testarea și tratarea.

OMS a creionat o strategie globală în care a fixat ținte și o

dată calendaristică pentru atingerea lor, anume anul 2030. România are o strategie națională aprobată. Progresul imens în acest efort de eliminare a hepatitelor virale în România vine din cele trei proiecte europene LIVERO -1 și LIVERO -2 SUD și EST în cadrul cărora s-au desfășurat activități de formare, educație, testare, stadializare și direcționare spre tratament. În cele două proiecte LIVERO -2 au fost testați până acum peste 270 000 cetățeni (2023), peste 60% din categoriile defavorizate și au fost evaluați complet peste 5000 pacienți pozitivi, fie cu virusul hepatitic B, fie cu virusul hepatitic C. Suntem departe de eliminare, dar suntem pe drumul cel bun. Trebuie să menționez că medicii de familie au fost extraordinari și s-au implicat în mod conștiincios, cu responsabilitate și înțelegere în aceste activități. Toți cei implicați în proiect, voluntari sau reprezentanți ai administrațiilor locale, au simțit că participă la un demers medical istoric!

Descoperă delicioasele acadele
ImmuKids Astrobears
îmbogățite cu 7 vitamine esențiale!

C
B3
B5
B6
B9
B12
E



Alege!

- ☒ sănătos
- ☒ gustos

 **helcor**

Acestea sunt suplimente alimentare.
Citiți cu atenție informațiile de pe ambalaj.



Convinge-te:



www.biosunline.ro

Ne găsești și pe:  

Cod: 18P0313000-01/02.2024