



Diagnosticul **prenatal**

Cum poți
regla **tranzitul**
intestinal?

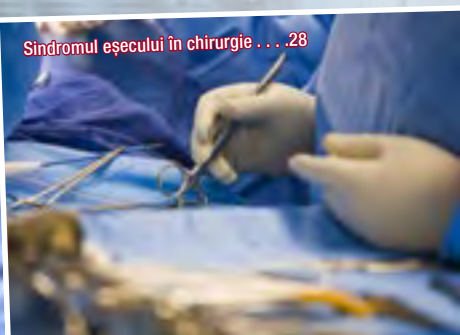
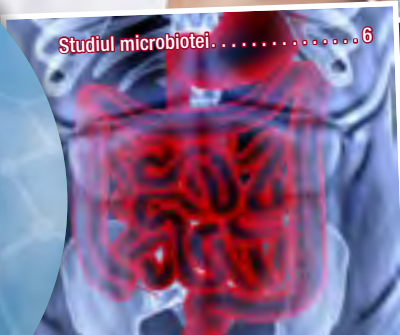
Modificări
digestive în
schizofrenie

Înțelegerea
și abordarea
tulburărilor
gastrointestinale

În cancerul de colon,
speranțele vin de la screening
și tratamentul minim invaziv 4
Susținem sănătatea aparatului
respirator prin gemoterapie 14
De la peritonita localizată
la cea generalizată 28

Studiul microbiotei. 6

Sindromul eșecului în chirurgie ... 28





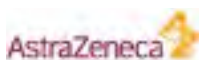
**1 MILION DE ROMÂNI
SUFERĂ DE ASTM
E TIMPUL SĂ TRATĂM DIFERIT ASTMUL**

www.viatacuastm.ro

O CAMPANIE:



CU SPRIJINUL:



Adulții de obicei ingeră substanțe caustice în scop de suicid



Sunt indivizi care înghit accidental substanțe corozive, de obicei copilul mic și bătrânul. Laptele bătut seamănă perfect cu soluția de hidroxid de sodiu (sodă caustică), folosită încă la țară pentru prepararea artizanală a săpunului din grăsimea de la porc. Acest săpun este foarte bun, mai bun decât cel cumpărat uzual din comerț. În alte țări s-a interzis comercializarea sodei caustice, tocmai din motivul arătat.

Adulții de obicei ingeră substanțe caustice în scop de suicid. Dacă ingeră un acid tare, acid clorhidric sau acid sulfuric sau acid azotic se produce un fel de necroză de coagulare și substanța se scurge prin esofag și ajunge în stomac, se scurge pe mica curbura și dă o leziune antrală. Am avut o bolnavă tânără, foarte frumoasă, de etnie rromă, trimisă de la Alexandria cu diagnosticul de cancer de stomac. Ea s-a certat cu soacră-sa în timp ce soțul ei era plecat la țară și a băut lichidul de la baterie, acid sulfuric concentrat. Nu a spus la spital ce a făcut. În operație ne-am dat seama că era un stomac retractat cât pumnul dar nu era tumoral. I-am făcut o gastrectomie totală, are 20 de ani de atunci. Recent a mai fost internată o altă fată tânără, tot de etnie rromă, care ar fi băut în loc de apă minerală, acid folosit de ei la confecționarea vaselor și cazanelor din cupru. Esofagul și stomacul erau arse și retractate complet. A trebuit să-i fac un nou stomac din intestinul subțire și un nou esofag din intestinul gros. Slavă domnului că a supraviețuit fiindcă avea acasă 4 copii, femeie de 24 de ani cu fata cea mare de 14 ani!

Sodă caustică dă niște leziuni de lichefiere, esofagul se transformă în ceva mucinos și de obicei substanța nu prea mai ajunge în stomac, deci pot apărea leziuni complexe, atât pe căile respiratorii superioare, leziuni de epiglotă, de aritenoidi, de corzi vocale, leziuni de laringe, leziuni esofagiene dar uneori și leziuni gastrice, sunt arsuri complexe, care necesită colaborare și cu chirurgul ORL-ist, chirurgul oro-maxilo-facial, chirurgul de chirurgie toracică, pentru că esofagul este singurul organ care străbate 3 regiuni anatomice: cervicală, toracică și abdominală.

Prof. dr. Silviu Constantinoiu,

Membreu al Academiei de Științe Medicale

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

În cancerul de colon, speranțele vin de la screening și tratamentul minim invaziv 4

Studiul microbiotei
- o nouă frontieră a medicinei 6

Cum poți regla tranzitul intestinal? 10

Cataracta 12

Sustinem sănătatea aparatului respirator
prin gemoterapie 14

Înțelegerea și abordarea
tulburărilor gastrointestinale 16

Quercitina- molecula minune împotriva
infecției cu SARS –CoV-2 18

Colita microscopică – nu duce la cancer
dar influențează negativ calitatea vieții ... 20

Refluxul gastroesofagian 22

Modificări digestive în schizofrenie 25

Sindromul eșecului în chirurgie 26

De la peritonita localizată
la cea generalizată 28

Chirurgia = muncă, talent,
ambție, empatie, caracter 30

Foto revistă: Shutterstock

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!

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



În cancerul de colon, speranțele vin de la screening și tratamentul minim invaziv

Începând cu 2018 am demarat un program național de instruire a chirurgilor și asistentelor de chirurgie pentru tratamentul oncologic minim invaziv în patologia colorectală, superior atât ca rezultate cât și recuperare a pacienților și redarea către societate. Programul prevede să pregătim 1000 de specialiști în tratamentul oncologic minim invaziv, respectiv 600 de chirurgi și 400 de asistente din 5 centre universitare: București, Iași, Cluj, Craiova și Timișoara. Proiectul a trecut de jumătate în desfășurarea sa. Pe de altă parte, au fost eforturile pe care le-am făcut de-a lungul ultimilor 10 ani, de dotare a centrelor chirurgicale din țară cu aparatură necesară intervenției minim invazive. Rezultatele încep să se vadă. În 2008 aveam 1% intervenții minim invazive din total intervenții pe zona colorectală, în 2016 procentul a crescut la 4% iar în 2019 am ajuns la 12%. Sperăm ca în 2-3 ani să ne situăm la media europeană, care este de 25%.

Prof. univ.
dr. Ciprian Duță
Spitalul Clinic Județean
de Urgență Timișoara



Tot din acest an, Asociația Română de Chirurgie Endoscopică va demara programul Lapco, de perfecționare în intervenții colorectale minim invazive, preluat din Marea Britanie, unde acest program inițiat la începutul anilor 2010, a condus la creșterea explozivă a procentului de intervenții colorectale minim invazive de la 5% în 2010 la 70-80% în 2018.

Abordul chirurgical minim invaziv presupune o selecție a pacienților. Cazurile avansate nu permit un astfel de abord. Rata pacienților eli-

gibili depinde de prezentarea pacienților la medic în stadii incipiente și atunci și rata de supraviețuire crește. În cadrul patologiei maligne, primul indicator este rata de supraviețuire la 5 ani și următorul aspect este calitatea vieții. Azi, toate centrele de excelență din România efectuează rezecții de rect, care procentual au ajuns să depășească procentul de amputații de rect. Acest lucru este definitoriu pentru calitatea vieții. Este important să putem să efectuăm anastomoze mai joase, în așa fel încât procentul de amputații de rect soldate cu "anus contra naturii" să scadă. În anul 2000 aveam amputații de rect în procent de 80% și doar 20% erau rezecții cu anastomoză. Acum, în 2020 situația aproa-

pe s-a inversat, înregistrăm o medie de 60% rezecții (sunt și centre cu 80% rezecții) și doar 40% amputații de rect. Este o îmbunătățire evidentă.

Screening colorectal este primul pas pentru o depistare precoce a unui cancer, atât prin testele de hemoragii oculte, care prin program național sunt gratuite dar și prin colonoscopii. Nu toate persoanele peste o anumită vârstă trebuie să efectueze colonoscopie. Sunt criterii care stabilesc grupul țintă la care este necesară colonoscopia o dată la 5 ani și testul de hemoragii oculte anual. Prin astfel de metode simple putem să creștem procentul de cancer colorectal depistat în faze incipiente. La ora actuală din păcate jumătate din pacienți sunt depistați în fază avansată de cancer colorectal.



Dr. Niedermaier®

VEDRA
INTERNATIONAL

Regulatpro® Bio

SUPORT PENTRU SISTEMUL IMUNITAR

ADJUVANT ÎN
INFECȚIILE VIRALE

Regulatpro® este un concentrat bioactiv produs printr-o metodă unică brevetată de fermentație în cascadă. Componentele active din acesta au o greutate moleculară mică și pot fi ușor absorbite direct din sânge în mucoasa intestinală subțire.

- Contribuie la procesul de imunoreglare
- Recomandat în sezonul rece
- Efect antiviral și antibacterian adjuvant important
- Crește nivelul de energie, recuperează și activează toate procesele celulare
- Susține echilibrul acido-bazic

Concentratul cu micronutrienți bioactivi Regulatpro Bio joacă rolul unui imunoreglator eficient și este extrem de potrivit atât pentru adulți, cât și pentru copii, deoarece este un produs 100% organic fără adaos de zahăr, conservanți, coloranți, alcool, gluten.

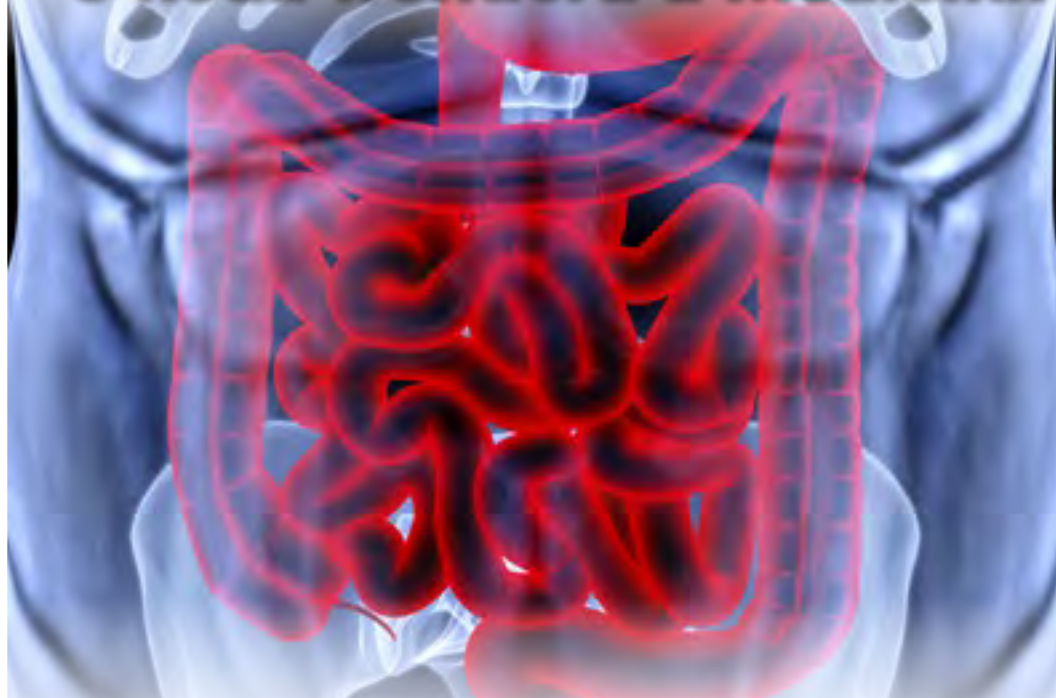
Regulatpro Bio pregătește organismul în mod natural pentru tranziția între anotimpuri, perioadă în care s-a demonstrat că incidența afecțiunilor respiratorii crește. Când apar primele simptome de răceală, este recomandat ca doza specifică grupei de vârstă să fie cea de atac, de trei ori doza uzuală.



Pentru mai multe informații accesați: regulat.ro

  **Regulatpro Bio - Întotdeauna sănătos**

Studiul microbiotei - o nouă frontieră a medicinei



Microbiota intestinală este constituită din totalitatea microorganismelor (bacterii, virusuri, protozoare ș.a.) din lumenul intestinal. Microbiomul include și informația genetică a acestor microorganisme, cât și totalitatea ecosistemelor microbiene. Cu toate că, a doua noțiune o include pe prima, ele se folosesc în mod curent, chiar și de către gastroenterologi, ca sinonime. Cu această microbiotă noi trăim într-o simbioză perfectă, fără de care viața noastră nu ar fi posibilă.

Conf. Univ. dr.
Paul J. Porr
Clinica Poliano
MedLife Sibiu



Microbiota se formează din momentul nașterii, intestinul fetal fiind steril și diferă deja în funcție de tipul nașterii: la nou-născuții prin

naștere naturală primul contact va fi cu flora vaginală maternă, formându-se un anumit tip de microbiotă, iar la cei născuți prin cezariană primul contact va fi cu flora maternă tegumentară, formându-se alt tip de microbiotă. Microflora se dezvoltă apoi mai ales sub influența hranei, un moment important fiind diversificarea acesteia la sugar și sub influența

altor factori de mediu, respectiv a determinismului genetic. La adult este aproape specifică pentru fiecare individ, fiind numită chiar „a doua amprentă”. Densitatea microbiotei crește din jejun spre colon, ca și diversitatea ei, ajungând la aproximativ 5000 de specii, adică aproximativ 100 trilioane de celule, ceea ce înseamnă de 10 ori mai mult decât totalitatea celulelor proprii organis-

mului uman. Informația genetică a microbiomului depășește chiar de 100 de ori informația genomului uman!

Cercetările referitoare la microbiotă, acest „ultim organ descoperit al omului”, au început relativ recent, dar au progresat exploziv.

În mod normal microbiota este în stare de simbioză relativ stabilă, de echilibru cu organismul gazdă. Pot apărea însă stări de disbioză, când acest echilibru al florei microbiene este conturbat prin diferiți factori: infecții bacteriene, virale sau fungice, modificări bruște de mediu sau dietetice, tratamente medicamentoase (mai ales antibiotice), stări de imunodeficiență, alte afecțiuni.

Stările de disbioză au rol determinant în infecții intestinale acute (enterocolite acute) și cronice, în sindromul intestinului subțire contaminat, respectiv în sindromul intestinului scurt, dar și în alte boli digestive și extradigestive. O infecție intestinală, a cărei incidență a crescut mult în ultimii ani în toată lumea, este infecția cu *Clostridium difficile* (colita pseudomembranoasă) care a devenit chiar o problemă de sănătate publică. Doar într-un singur an în UE s-au cheltuit 3 miliarde de Euro pentru acești pacienți.

În toate aceste cazuri este importantă restabilirea stării de eubioză. Aceasta se obține prin administrare de probiotice, prebiotice, sinbiotice, simbiotice sau antibiotice.

Probioticele sunt bacterii care au efect imunomodulator

(inhibă factorii proinflamatori și stimulează factorii antiinflamatori) și structural, crescând bariera intestinală.

Prebioticele sunt glucide nondigerabile care, datorită rezistenței lor la digestie, sunt fermentate de microbiotă, rezultând acizi grași care prin scăderea pH crează un mediu ostil germenilor patogeni. De asemenea, reduc permeabilitatea și inflamația intestinală.

Sinbioticele sunt combinații între un pro- și un prebiotic.

Simbioticele sunt combinații între două probiotice.

Mai ales în infecția cu *Clostridium difficile* se folosește cu succes din ce în ce mai frecvent transplantul de microbiotă fecală.

Microbiota joacă un rol și în carcinogeneza digestivă. Are posibilitatea de generare de substanțe cancerigene, mai ales în stomacul hipo- sau anacid. Are și efect cancerigen indirect, consecutiv unor excese sau deficiente nutriționale. În patogeneza cancerului colo-rectal are un rol scăderea acizilor grași, determinată tot de microbiotă. Aceasta se implică chiar și în

În afara infecțiilor intestinale, microbiota are implicații și în alte afecțiuni digestive. În intestinul iritabil prin intermediul axei microbiotă-intestin-creier se produc interacțiuni complexe între microbiotă și sistemul nervos central, sistemul neuro-endocrin, sistemul neuro-imun, sistemul nervos autonom și sistemul nervos enteric (una dintre cele trei componente ale sistemului nervos vegetativ). Astfel, microbiota intervine în răspunsul la stres (prin axul hipotalamo-hipofizar-adrenal), în anxietate, memorie, comportament, cât și în funcțiile intestinale. Tocmai prin acest ax microbiota influențează și patogeneza intestinului iritabil, în care factorii psiho-sociali au importanță deosebită. Studiile pe materii fecale au demonstrat o microbiotă diferită la cei cu intestin iritabil, față de cei normali. Modificările unor bacterii au ca efect o hiperproducție de acizi grași care determină producerea de gaze care la rândul lor cauzează meteorism, durere, anxietate, emoții negative și scăderea calității vieții. Există diferențe de microbiotă și în diferitele forme de intestin iritabil. Biofilmul pe care îl formează microbiota este diferit la normali, la cei cu intestin iritabil și la cei cu boli inflamatoare intestinale.

patogeneza cancerului hepatic, via circulației enterohepatice.

Microbiota are o serie de implicații extradigestive

Există o serie de boli metabolice, în patogeneza cărora microbiota are implicații certe. În obezitate s-a observat corelarea acesteia cu anumite modificări de microbiotă „de stil vestit” consecutive unei „diete de stil vestit”, cu preponderența de fast-food. Obezitatea se caracterizează și printr-un grad mic de inflamație, la care contribuie și microbiota intestinală, poate chiar o inițiază. Problema se pune însă și invers, adică influențarea microbiotei prin obezitate. Transplantul de materii fecale de la șoareci obezi pe șoareci slabi a determinat apariția obezității și la aceștia și invers, transplantul de materii fecale de la șoareci slabi la șoareci grași a determinat pierderea în greutate la aceștia.

Altă afecțiune, în care este implicată microbiota, este ateroscleroza. Aceasta se corelează cu nivele crescute ale anumitor componente ale microbiotei. Metabolismul microbial se corelează direct cu evenimente cardio-vasculare care sunt consecințe directe ale aterosclerozei.

O serie de **afecțiuni hepatice** au, de asemenea, corelații cu o anumită microbiotă.

În artrita reumatoidă s-a observat că, administrarea de probiotic în formă ușoară a bolii a redus activitatea bolii în 70% din cazuri. În boli autoimune neurologice precum scleroza multiplă

sau neuromielita optică există de asemenea încercări terapeutice cu administrarea de probiotic sau antibiotic, respectiv dietă bogată în fibre, pentru a influența favorabil microbiota. În scleroza multiplă activă microbiota este mai puțin diversificată, decât în forma de remisie sau la sănătoși.

În **alergii** s-a trecut de la teoria igienii la teoria microbiomului. Pornind de la prezența unei disbioze la sugarii alergici s-a observat că, o microbiotă diversificată poate combate alergiile. Se constată o reducere cu 50% a dermatitei atopice la nou-născut după tratament cu prebiotice.

În **osteoporoză** s-a putut corela densitatea osoasă semnificativ scăzută - factor de risc im-

portant pentru osteoporoză, cu o suprapopulare bacteriană intestinală. De asemenea, s-a observat un efect benefic al probioticelor.

În boala **Alzheimer** s-a observat că, o anumită disbioză are rol în patogeneza bolii, caracterizată prin depozitare de fibrile și amiloid. Prin dirijarea corespunzătoare a dietei și administrare de pre- și probiotice, se ajunge la contracararea disbiozei cu scăderea producției de amiloid.

Și o serie de **afecțiuni psihice** - anxietate, depresie, anorexie nervoasă, sunt influențate de o microbiotă cu diversitate bacteriană scăzută prin axa microbiom-intestin-creier. Chiar și schizofrenia s-a asociat cu anumite disbioze.

În concluzie se poate afirma că microbiota are implicații multiple, chiar în boli care aparent nu au legătură cu flora intestinală. Astfel se adeverește ce a spus Hippocrate în urmă cu două milenii: "Toate bolile încep în intestin". Aceste efecte patologice apar din cauza unor disbioze, frecvent de origine iatrogenă. Din păcate, există și azi medici care prescriu antibiotic în viroze respiratorii, nemaivorbind de autotratamente în acest sens ale pacienților, preferabil bineînțeles cu antibiotice de ultimă generație! Refacerea stării de eubioză în aceste cazuri este esențială prin tratament cel puțin adjuvant cu pre-, pro-, sin- sau simbiotic. Transplantul de fecale a ajuns să fie efectuat deja în diferite afecțiuni (intestin iritabil, boli inflamatoare intestinale). Deocamdată pare science-fiction să vorbim despre bănci cu materii fecale procesate și înghețate, asemănător băncilor de organe pentru transplant, cu fecale procesate specific pentru fiecare categorie de boală, în funcție de disbioza specifică acesteia, dar această ficțiune ar putea deveni realitate mai repede decât credem. Prin cercetările efectuate pe microbiotă s-a deschis o nouă frontieră a medicinei.



Nisita®

SPRAY ȘI UNGUENT

TANDREȚE ȘI IGIENĂ PENTRU UN NAS SĂNĂTOS

Potrivit pentru femei gravide și sugari
Nisita®

Menține gradul de hidratare al mucoasei nazale și acționează ca un filtru pentru potențiali ageni iritanți:

- virusuri;
- bacterii;
- alergeni.

De ce **Nisita®**:

- soluție izotonică;
- potrivit pentru o utilizare îndelungată;
- poate fi utilizat la nou născuți și copii mici.

Cum poți regla tranzitul intestinal?

Tranzitul intestinal joacă un rol esențial în starea de sănătate a întregului organism. De altfel, se spune că sănătatea noastră începe și se sfârșește în intestine. Tulburările de digestie reprezintă o problemă destul de frecvent întâlnită în rândul adulților, dar și al copiilor, manifestându-se mai ales în cazul persoanelor de sex feminin. Principalele cauze ale problemelor tranzitului intestinal au legătură directă cu stilul de viață, tocmai de aceea, dacă vrei să îți reglezi sistemul digestiv, ar trebui prima dată să faci o evaluare a obiceiurilor tale și să le schimbi pe cele nesănătoase.

Primul obicei pe care îl poți introduce în rutina ta zilnică este să bei o cantitate de apă suficientă pentru a-ți hidrata întregul organism. De multe ori, problemele tranzitului intestinal provin din deshidratarea organismului. Dacă nu bei suficient de multă apă, organismul o absoarbe pe cea disponibilă, lăsând colonul uscat și determinând apariția tuturor dereglărilor sistemului digestiv. Nu ai crede că un pahar de apă în plus pe zi este atât de important până nu te confrunți cu diverse tulburări digestive.

O altă parte importantă a unui stil de viață sănătos este mișcarea zilnică. Sedentarismul este una dintre cauzele apariției constipației și în zilele noastre, din ce în ce mai mulți adulți își petrec ziua întreaga în fața unui birou, iar când ajung acasă se aruncă direct pe canapea sau pe fotoliu, uitând de cele 10-20 minute de mișcare

zilnică. Mișcarea stimulează musculatura internă și ușurează digestia. Poți alege să mergi pe jos de la birou acasă sau să mergi la cursuri de pilates, yoga sau aerobic, care au avantajul de a te relaxa după o zi de muncă grea. Toate aceste exerciții te ajută să te menții în formă și în același timp să îți păstrezi sistemul digestiv sănătos.

Nu în ultimul rând, alimentația joacă un rol extrem de important în menținerea tranzitului intestinal. O alimentație bogată în fibre este regula de aur a unui stil de viață sănătos și a unui sistem digestiv sănătos. Fibrele alimentare au rolul de a-ți conferi acea senzație de sațietate și de a-ți asigura un tranzit intestinal normal, fără constipație, balonări sau dureri de stomac. Există două tipuri de fibre: fibre solubile care reprezintă sursa de hrană pentru bacteriile bune din intestin și fibrele insolubile care au rolul de a facilita trecerea alimen-

telor prin sistemul digestiv, având un efect laxativ natural. Fibrele solubile le găsim în fulgi de ovăz, mere, citrice, căpșuni, morcovi, fasole sau semințe, în timp ce fibrele insolubile le găsim în nuci, grâu integral, orez brun, legume cu frunze verzi și legume rădăcinoase, varză, roșii, etc. În mod normal, un adult are nevoie de aproximativ 25 de grame de fibre pe zi, pentru a avea un sistem digestiv sănătos. Însă de multe ori stilul de viață agitat și lipsa timpului sunt asociate cu o alimentație dezechilibrată și nu reușim să atingem necesarul zilnic de fibre. Un ajutor în acest sens poate fi Optifibre, un produs din 100% fibre naturale, solubile, care hrănesc bacteriile bune din intestin și ajută astfel la reglarea tranzitului intestinal. Nu uita că un stil de viață echilibrat și grija pentru sănătatea ta și a celor din jur reprezintă temelia pentru orice îți dorești să construiești în viață!

Constipație? Balonare? Disconfort abdominal?

OptiFibre® conține 100% fibre solubile, cu efect prebiotic, care ajută la reglarea tranzitului intestinal.

Cui se recomandă OptiFibre®



Adulți și copii cu vârsta peste 3 ani



Femei însărcinate sau care alăptează



Vârstnici



	Număr de lingurițe de OptiFibre®				
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-10 ani	
Ziua	Dimineața	Prânz	Seara	Dimineața	Seara
1-3	1			1/2	
4-6	1		1	1/2	1/2
de la ziua 7	1	1	1	1	1
	Doză maximă 5/zi			Doză maximă 3/zi	

- Se recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 3 săptămâni, pentru un efect susținut.
- OptiFibre® are o toleranță bună și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse.
- După ce consumați OptiFibre® nu este necesar un aport suplimentar de lichide, ca în cazul altor produse pe bază de fibre.

Avantajele OptiFibre®



100% origine vegetală



Gust neutru



Dozare ușoară



Fără gluten

Peste 95% dintre consumatorii care au testat OptiFibre® au fost mulțumiți de efectele acestuia.*

OptiFibre® nu conține gluten sau zaharuri adăugate.
Poate fi consumat și de către persoanele care suferă de diabet.

www.nestlehealthscience.ro/optifibre

Cataracta

În zilele noastre, termenul de cataractă este foarte des întâlnit, chiar dacă nu foarte multă lume înțelege pe deplin ce înseamnă această afecțiune, care este gradul ei de gravitate sau care sunt modalitățile de tratament existente la această oră.

Dr. Ileana Ungureanu
Medic specialist oftalmolog
Clinica de oftalmologie
Ama Optimes
www.amaoptimes.ro
www.scapadeochelari.ro
www.cataracta.ro



Cataracta reprezintă procesul de opacifiere progresivă a lentilei proprii ochiului, numită cristalin. Această opacifiere poate apărea ca un fenomen normal de îmbătrânire a ochiului (cataracta legată de vârstă) sau ca o manifestare secundară a unor boli generale (diabetul zaharat, boli tiroidiene, tratamente cronice cortizonice, hipertrigliceridemie etc.) sau a unor boli oftalmologice (uveite, glaucom, miopie forte). Cataracta poate apărea secundar expunerii îndelungate la factori externi cu potențial cataractogen (UV de tip B, medii sau substanțe toxice: fumat, alcool) sau datorită traumatismelor oculare.

Apariția cataractei se poate manifesta printr-o multitudine de simptome. Inițial, pot fi semne minore precum o ușoară încețoșare a vederii, fotofobie, schimbare frecventă a dioptriilor la ochelari. Cu timpul, vederea începe să scadă tot mai mult și pentru că această scădere este nedureroasă și treptată, pacientul poate să nu conștientizeze

cât de avansată ajunge cataractă. În cataractele foarte avansate modificările dioptrice pot chiar să înlesnească vederea la aproape (la citit se poate vedea fără ochelari!).

Vârsta de apariție a cataractei s-a modificat foarte mult în ultima perioadă. Dacă în ultimele decenii regula valabilă era că această afecțiune este apanajul vârstei înaintate, zilele actuale ne aduc informații diferite. La vârsta de peste 60 de ani încep modificările structurale în interiorul cristalinului, iar persoanele peste 65 de ani au cataractă în proporție de peste 70%. Ultimii ani au arătat apariția cataractei și la persoane de 40-50 de ani în lipsa factorilor favorizanți, iar vârsta pare să fie în scădere.

Chiar dacă este o afecțiune cu potențial dizabilant vizual, cataracta este una dintre afecțiunile oftalmologice care poate beneficia de recuperare vizuală completă și rapidă. Important de știut este că rezolvarea este exclusiv chirurgicală, nu există tratamente locale sau generale, exerciții vizuale sau alimentație specifică pentru a vindeca ochiul cu cataracta!

Astăzi, când tehnologia este într-o permanentă expansiune, chirurgia cataractei este relativ simplă, foarte standardizată,

nedureroasă, rapidă și poate fi efectuată ambulator. Ceea ce este însă foarte important de știut pentru ca lucrurile să decurgă simplu și ușor este momentul în care trebuie să apelăm la medicul chirurg oftalmolog. Dacă, în trecut, operația de cataractă era recomandată când gradul de afectare al vederii era foarte avansat („cataractă coaptă”), acum, amânarea inutilă a operației crește complicațiile posibile intraoperator și prelungește perioada de vindecare postoperatorie. Controalele periodice anuale după vârsta de 40 ani vă pot da informații prețioase asupra apariției și a evoluției cataractei.

Un ultim și important aspect de discutat este alegerea cristalinului artificial ce trebuie implantat în locul celui cataractat. Se lucrează cu cristaline foldabile (moi, ce pot fi introduse prin incizii mici fără fire de sutură la final), din materiale de bună calitate (nu există posibilitatea interacțiunii organismului cu materialul respectiv, nu există posibilitatea degradării în timp) și special adaptate dorințelor pacienților în ceea ce privește dioptriile restante. Se pune mult accent pe cristalinele multifocale care permit pacienților operați o independență totală față de ochelari indiferent de distanța de privit.

Lactoflorene®

ABDOMEN PLAT

Recapătă-ți
echilibrul
interior!



BALONAREA ABDOMINALĂ

Extractele de ROINIȚĂ, MUȘEȚEL, GHIMBIR

- susțin digestia normală, stimulează secreția sucurilor digestive;
- calmează greața;
- au efect carminativ (calmează durerile abdominale și favorizează evacuarea gazelor intestinale).

STRESUL COTIDIAN

Extractele de ROINIȚĂ și PASSIFLORA

Susțin relaxarea și bunăstarea psihică, normalizează tonusul mental.

ECHILIBRUL FLOREI INTESTINALE

FERMENȚII LACTICI VII

Bifidobacterium lactis HN019

Lactobacillus acidophilus NCFM

- reglează tranzitul intestinal;
- efect benefic în cazul tulburărilor gastro-intestinale: disconfort abdominal, crampe, flatulență, balonare și modificări ale tranzitului intestinal;
- Lactobacillus acidophilus NCFM facilitează digestia lactozei la persoanele cu intoleranță la lactoză.

TULBURĂRI DE DIGESTIE

Maltodextrina de fermentație 40 mg (Protează, Lipază, Amilază)

Asigură funcționarea normală a procesului digestiv.

Alpha-Galactozidază 20 mg

Ajută la diminuarea gazelor intestinale și a balonării abdominale.

Lactază 5 mg

Hidrolizează lactoza și alte B - D galactopiranozide conținute de lapte și derivatele lui, făcând-o mai ușor digerabilă.

**Acțiune sinergică între fermenții lactici,
extractele standardizate din plante și enzimele digestive.**

Descoperă lejeritatea zilnică!

Acesta este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul.

RO - LabdPL 01/2020 -5

Susținem sănătatea aparatului respirator prin gemoterapie

Toamna, virozele respiratorii sunt frecvente, deseori complicate, iar în acest an, care este pentru noi atipic, prin existența infecției Covid – 19, suntem mai atenți la întreținerea stării noastre de sănătate. În aceste condiții, sunt importante atât măsurile de prevenție, la toate grupele de vârstă, cât și abordarea unui tratament inițiat de la primele simptome, care să fie cât mai puțin agresiv, care să nu destabilizeze organismul și de asemenea să avem grijă ca să susținem organismul în perioada de convalescență, pentru o refacere rapidă și cât mai bună.

Farm. Carmen Ponoran
secretar general al
Asociației Române de
Gemoterapie și Homeopatie
www.gemoterapie.ro



din mlădițe de Caprifoi, pentru efectul antiviral al acestuia, având recomandare în gripă și pentru protecția la infecția cu Sars-Cov-2.

Polygemma 16 plămâni

este complexul gemoterapic recomandat în special în condițiile actuale, pentru susținerea activității pulmonare. Crește capacitatea respiratorie, are efect antiinflamator și cicatrizant la nivel pulmonar. Îl recomandăm și la fumători sau persoane expuse la noxe respiratorii, ajutând la refacerea elasticității țesutului pulmonar.

Polygemma 3 tuse ameliorează tusea, seacă sau productivă. Are și acțiune de liniștire generală, efect antiinflamator și antialergic, reglează tonusul bronșic și stimulează organismul pentru eliminarea toxinelor de la nivelul căilor respiratorii. Este recomandat în infecții ale căilor respiratorii superioare care sunt însoțite de tuse.

Polygemma 4 sinusuri ameliorează simptomele neplăcute din răcelile care afectează sinusurile. Are acțiune specifică, antiinflamatoare și cicatrizantă la nivelul sinusurilor, efect drenor, de eliminare a mucusului din sinusuri prin cavitatea nazală și acțiune generală de creștere a puterii de apărare a organismului. În cazurile cronice, poate diminua riscul de recidivă. Se recomandă cure de 1-2 luni, cu posibilitatea de repetare la nevoie.

Polygemma 5 cavitate bucală și gât susține sănătatea cavității bucale și a gâtului, prin acțiunea antiseptică, astringentă, cicatrizantă și antiinflamatoare, cu rol vitaminizant (în special vitaminele A și C), cu recomandare și în faringitele streptococice. Aveți în vedere întotdeauna în cazul afecțiunilor respiratorii și administrarea unor preparate naturale, care pot ajuta foarte mult organismul să se reechilibreze, pentru a reveni la starea de sănătate.

In această toamnă vă propun câteva preparate naturale din gama Polygemma, combinații de extracte gemoterapice, care pot susține organismul pentru a face față situațiilor de boală și și-au dovedit eficiența în peste 10 ani de prezență pe piața suplimentelor naturale de la noi din țară.

Polygemma 17 imunitate - crește puterea de apărare a organismului și susține refacerea organismului în convalescență. Se recomandă administrarea înaintea și în timpul perioadelor cu risc crescut de îmbolnăvire sau asociată tratamentului medicamentos, atunci când acesta se impune. Îl puteți administra împreună cu Extractul



Coacăz negru



Carpen



Călin



Arin



Măceș



Mesteacăn



Cătină



Echinacea

Polygemma Respirator = Rețete unice fito-gemoterapice pentru sănătatea aparatului respirator.

Respectă rigorile farmacopeei plantelor.

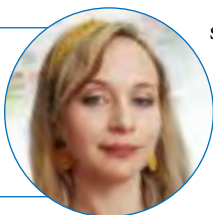


- Susțin eficient îmbunătățirea sănătății în cazul infecțiilor de căi respiratorii superioare și inferioare
- Ajută la menținerea sănătății și recuperarea în convalescență, prin efect imunomodulator

Înțelegerea și abordarea tulburărilor gastrointestinale

Buna funcționare a tractului gastrointestinal este esențială pentru sănătatea întregului organism. O digestie corespunzătoare ne ajută să asimilăm corect nutrienții din alimente, vitali pentru desfășurarea optimă a tuturor funcțiilor fiziologice. În momentul în care apar tulburările digestive, începem să resimțim local disconfort iar în timp pot apărea afecțiuni precum: malabsorbție, constipație sau diaree, anemie, deficit de vitamine și minerale, tulburări de memorie și concentrare, oboseală, anxietate, lipsa poftei de mâncare etc.

Farmacist
Andreea Iorgu,
Product Manager



Tractul gastrointestinal funcționează ca un procesor de alimente pentru organismul uman. Sistemul digestiv este format din cavitatea bucală și glandele salivare, stomac, intestin subțire și intestin gros, ficat, pancreas, colon și vezicula biliară.

Sistemul gastrointestinal nu este un sistem pasiv. Acesta are rol senzorial și reacționează la materialele care circulă prin acesta. Pentru a avea un sistem digestiv sănătos, fiecare persoană are nevoie de tipuri și cantități diferite de alimente.

Sistemul gastrointestinal descompune alimentele prin intermediul unor mijloace mecanice (mestecatul) și apoi acționează asupra acestora printr-o serie de procese chimice complexe. Aceste procese chimice includ de la

salivă și enzime până la bacteriile din colon. Deoarece sistemul gastrointestinal este una dintre porțile de intrare ale organismului uman, tot ceea ce o persoană mănâncă are un impact relevant asupra organismului.

Alimentele consumate care ajung în sistemul gastrointestinal conțin nutrienți dar și toxine. Procesul digestiei are loc la suprafața sistemului gastrointestinal prin acțiunea secrețiilor glandelor auxiliare cum sunt ficatul și pancreasul.

Mestecatul, înghițitul și peristaltismul fac parte din digestia mecanică, când alimentele sunt descompuse în particule minuscule și sunt acoperite de sucurile digestive și transportate prin tractul digestiv. Enzimele digestive descompun moleculele mari de alimente în molecule mici care pot fi absorbite în sânge sau limfă în urma procesului chimic de digestie.

În momentul în care enzimele digestive și acizii biliari sunt insuficienți pentru descompune-

rea alimentelor, fie dintr-un dezechilibru funcțional al organismului, fie din cauza alimentelor necorespunzătoare ingerate, apar simptome precum: balonare, dispepsie, flatulență, dureri abdominale, greață și chiar vărsături în cazurile mai extreme.

Pentru început aceste simptome se pot remedia printr-un aport exogen de enzime digestive, prin creșterea consumului de fibre, prin eliminarea anumitor alimente nefavorabile, prin respectarea orelor de masă și a cantităților optime de alimente consumate. Este important să ne analizăm cu atenție organismul pentru a ne putea da seama ce obicei alimentar ne afectează. În cazul în care simptomele se agravează și apar în plus tulburări de tranzit intestinal este recomandată vizita la medicul specialist gastroenterolog urmată de consultarea unui nutriționist pentru a putea stabili un regim alimentar optim, personalizat pe nevoia fiecărui pacient.

Pentru început, specialiștii Ayurved vă recomandă:

GASCURE Tab® - 100 % natural - Pentru o digestie sănătoasă

Suține funcționarea normală a sistemului gastrointestinal, asigurând o digestie și un tranzit intestinal normal. Complexul de fitonutrienți din **GASCURE Tab®** stimulează secreția enzimelor digestive. Digestia gastrică este susținută și prin aportul exogen de papaină, enzimă implicată în digestia proteinelor la nivelul stomacului. Ajută la restabilirea frecvenței și consistenței scaunelor, la eliminarea din intestine a toxinelor și a gazelor provenite dintr-o digestie deficitară, stimulând procesul natural de deto-

xifiere. Prin susținerea întregului sistem digestiv, **GASCURE Tab®** ajută la eliminarea neplăcerilor cauzate de alimentele greu digerabile, o dietă dezechilibrată sau de excesele alimentare.



Astfel, pe lângă aportul exogen de enzime, **GASCURE Tab®** contribuie la stimularea secreției endogene de enzime digestive și, deci, la reglarea funcțiilor enzimatice ale organismului astfel încât, în urma unei cure, acesta să facă față digestiei alimentelor fără un ajutor din aportul extern. Ca urmare a unei digestii corecte se elimină neplăcerile cauzate de digestia deficitară (greață, balonare, constipație) și este favorizată absorbția substanțelor nutritive necesare vitalității și sănătății organismului.

Un alt dezechilibru gastrointestinal des întâlnit este reprezentat de hiperaciditatea gastrică, care conduce la gastrită hiperacidă și poate avansa către ulcer gastric. Aciditatea gastrică este o afecțiune cauzată de existența unui dezechilibru între mecanismele de secreție a acidului în stomac și mecanismele de protecție a acestuia. Aciditatea gastrică este asociată cu o serie de simptome printre care se numără senzațiile de arsură sau durere la stomac, senzația frecventă de foame și

durerea constantă în abdomen, greață, gust amar în gură, vărsături și scăderea poftei de mâncare. Aciditatea gastrică se resimte și la nivelul esofagului, când apare fenomenul de piroză, adică o senzație de arsură în piept, în spatele sternului și în gât, determinată de iritația esofagului. Acest fenomen apare imediat după masă și poate fi agravat de creșterea presiunii intra-abdominale când vă încordați sau când ridicați o greutate.

Printre principalele cauze ale gastritei hiperacide se numără stresul psihic prelungit, dieta bazată pe alimente nesănătoase, precum preparatele fast-food, alimentele foarte picante, carnea grasă, băuturile răcoritoare carbogazoase care conțin zahăr, gustările cumpărate din comerț (chipsuri, pufuleți cu arome). Viciile cum sunt fumatul și consumul de alcool, contribuie la apariția acestei probleme de ordin gastrointestinal. Abuzul de medicamente (antiinflamatoare, antibiotice), dar și *Helicobacter pylori* distrug treptat mucoasa.

În abordarea hiperacidității, ca și măsură de primă intenție, trebuie corectată aciditatea prin scăderea secreției de acid gastric, astfel, se pot utiliza medicamente antiacide și protectoare ale mucoasei gastrice. Întrucât medicația de sinteză poate avea reacții adverse și nu este indicat să abuzăm de ea fără supravegherea și îndrumarea unui medic specialist, noi, la **Ayurved**, vă propunem o abordare holistică și naturală pentru acest dezechilibru: **GASCURE® Sirop- Stop acidității gastrice.**

GASCURE® Sirop este un fitocompus, 100% natural, care

susține funcționarea normală a sistemului gastrointestinal. Astfel, plantele din compoziția sa ajută la reducerea hiperacidității gastrice și normalizează secreția de acid clorhidric, oferind protecție efi-



cientă mucoasei gastrice și duodenale. Totodată împiedică agravarea simptomatologiei specifice leziunilor gastrice. Complexul de fitonutrienți susține procesele digestive prin menținerea secreției enzimelor digestive în parametri optimi. Protejează mucoasa gastrică și flora intestinală. **GASCURE® Sirop** poate fi utilizat doar la nevoie, însă pentru un efect de durată este recomandată o cură de minim o lună pentru persoanele cu simptome ușoare și cure de 3 luni pentru persoanele cu antecedente gastrice mai serioase.

**Digestie sănătoasă
și o viață frumoasă.**

Ayurved
- O Viață Fără Grijă!



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

Quercitina- molecula minune împotriva infecției cu SARS –CoV-2

Quercitina – un compus de origine naturală – funcționează ca un inhibitor specific al coronavirusului SARS-CoV-2, afirmă cercetătorii europeni. Studiul, susținut de Fundația spaniolă HNA, este publicat în **International Journal of Biological Macromolecules**. La cercetare a participat și Institutul de Nanotehnologie din cadrul Consiliului Național de Cercetare italian, CNR-Nanotec din Cosenza.

Mai mult, cel mai recent studiu al cercetătorilor de la **Eastern Virginia Medical School** din Norfolk recomandă folosirea quercetinei ca parte a „cocktailului” de substanțe folosit profilactic pentru infecția SARS-CoV-2 și ca tratament în cazurile medii și moderate de COVID-19, la contact și la cei expuși cu precădere (personal medical și asimilat).

Ce este quercitina

Quercetina este un flavonoid larg răspândit în natură. Numele a fost folosit din 1857 și este derivat din quercetum (pădure de stejar), după genul de stejar *Quercus*. Scoarța stejarului și ghindele conțin o substanță foarte activă, quercitină, cu mul-

te proprietăți terapeutice: este un puternic antiinflamator, suprimând înmulțirea celulelor tumorale, joacă un rol important în controlarea diabetului, favorizând secreția de insulină, are efecte diuretice și antioxidante.

Quercetina se mai găsește și în: mere, prune, struguri, afine, fenel, mărar, coriandru, varză, roșii bio și diferite tipuri de miere.

Sprayul antiviral de la 3F Plantamed cu extracte naturale din scoarță de stejar (*Quercus cortex*) –sau QUERCITINA – și rădăcină de lemn dulce (*Glycyrrhiza glabra*) susține apărarea naturală a organismului oprind infecția virală prin acțiune astringentă și antivirală directă.

De ce Spray Antiviral de la 3F Plantamed cu quercitina

Ce este însă important de reținut este faptul că modul de obținere a substanței active din *scoarța de stejar, quercetina*, este cel care contează și face ca un anume produs care o conține să fie de calitate sau nu. Obținerea substanțelor active extrase din plante este mult mai complicată decât obținerea substanțelor sintetice. De asemenea, reproductibilitatea metodei cu aceași compoziție este cea care asigură calitatea indubitabilă, verificarea se face prin cromatografie, astfel încât fiecare flacon să conțină substanța activă și eficientă. Partenerii externi ai 3F Plantamed, nu doar că sunt pionieri în fitoterapie la nivel mondial, dar și continuă să revoluționeze extracția substanțelor active din plante.

De aceea recomandăm **Sprayul Antiviral de la 3F Plantamed**, cu extract natural de scoarță de stejar (*quercus cortex*) – **SAU QUERCITINA** – care acționează direct asupra mucoasei bucale acționând ca un protector antiviral și antiinflamator.

Sprayul Antiviral de la 3F Plantamed se recomandă pentru toată familia în perioadele de epidemie sau în cure de imunizare înaintea sezonului răcelilor și gripei.



Bio Active MC, produs japonez de excepție!

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

Cazul 1

Pacientă din jud. Timiș, 62 ani, cancer la colon (2 polipi depistați) propusă pentru operație. Din cauza contextului medical, operația s-a amânat câteva luni. În acest interval pacienta a consumat câte 3 pliculețe/zi de Bio Active MC și, la investigația preoperatorie, a fost depistat doar un singur polip, mult diminuat ca mărime.

Cazul 2

Pacientă din județul Arad, 38 ani, tumoră de 8 cm pe mediastin, neoperabilă. I s-a recomandat chimioterapie, dar organismul doamnei era foarte slăbit. A decis să administreze Bio Active MC Oyama Agaricus, câte 3 pliculețe/zi (la sfatul specialistului) și, după 2 luni, investigațiile au arătat că organismul este pregătit să înceapă tratamentul cu chimioterapie. De asemenea, stările de rău și cele de oboseală resimțite până atunci, au dispărut.

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 într-un totu 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.

Daniela Cismaru Inescu

SC Euro Japan Trading,

Tel/Fax: 0368/ 452 849

Mobil: 0723.93.30.17

E-mail: office@ejtrading.eu •

Web: www.ejtrading.eu

De ce Bio Active MC?

- Deoarece sănătatea este mai bună decât toate și 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, oligo-elemente) și este ușor de înghițit și ușor de asimilat!

Colita microscopică

– nu duce la cancer dar influențează negativ calitatea vieții

Colita microscopică nu este o entitate nouă – de la prima descriere trecând deja aproape 5 decade, dar progresele înregistrate în ultimii ani în cunoașterea și caracterizarea acesteia au menținut-o în actualitate o lungă perioadă de timp, până inclusiv în momentul de față. Chiar dacă am putea răspunde relativ simplu și precis la anumite întrebări esențiale despre acest capitol de patologie, există încă aspecte în studiu, precum și caracteristici care constituie în același timp certe provocări.

**Conf. Univ.
Dr. Ana-Maria Sîngeap**
Institutul de
Gastroenterologie și
Hepatologie Iași, Spitalul
Clinic Județean de Urgențe
„Sf. Spiridon” Iași, UMF
„Grigore. T. Popa” Iași



As. Univ. Laura Huiban
Institutul de
Gastroenterologie și
Hepatologie Iași, Spitalul
Clinic Județean de Urgențe
„Sf. Spiridon” Iași, UMF
„Grigore. T. Popa” Iași



Prof. Dr. Anca Trifan
Institutul de
Gastroenterologie și
Hepatologie Iași, Spitalul
Clinic Județean de Urgențe
„Sf. Spiridon” Iași, UMF
„Grigore. T. Popa” Iași



Prof. Dr. Carol Stanciu
Institutul de
Gastroenterologie și
Hepatologie Iași, Spitalul
Clinic Județean de Urgențe
„Sf. Spiridon” Iași, UMF
„Grigore. T. Popa” Iași



Ca exemple de adevăruri clasice, care ar putea fi înglobate practic într-o „carte de vizită” permanent valabilă, am putea menționa următoarele: colita microscopică este o boală inflamatorie cronică intestinală,

care se manifestă prin diaree cronică apoasă non-sanguinolentă, al cărei diagnostic se stabilește prin biopsie colonică.

În același timp însă, colita microscopică prezintă anumite trăsături particulare identificate în timp, pe parcursul progreselor în cunoașterea bolii, și care contribuie la „personalitatea” originală a acestei patologii. Argumentele care pot fi aduse în sprijinul aceste afirmații sunt: colita microscopică are aspect clinic de boală funcțională, dar este clasificată ca boală inflamatorie; este o boală cu prevalență ridicată, dar în același timp cu posibilități certe și validate de tratament eficient; impactul clinic este dual, aparent paradoxal: nu se asociază cu prognostic nefavorabil pe termen lung (întrucât nu comportă risc de cancer colo-rectal, iar chirurgia ca măsură terapeutică este excepțională), însă influențează indiscutabil, în sens negativ, calitatea vieții.

Totodată, caracterul permanent actual al colitei micro-

scopice este susținut și de recunoașterea necesității unor răspunsuri suplimentare în ceea ce privește terapia optimă: în momentul actual, nu sunt foarte multe studii terapeutice finalizate, în timp ce există totodată anumite variante terapeutice promițătoare (agenți biologici noi, transplantul fecal).

Factori de risc

Au fost descriși de-a lungul timpului diverși factori de risc pentru apariția colitei microscopice, care pot fi încadrați general în: medicamente, fumat, boli autoimune. Între medicamentele cu risc se numără: inhibitorii pompei de protoni, antiinflamatoriile nonsteroidiene, statinele și multe altele. În ceea ce privește fumatul, s-a arătat că debutul bolii se înregistrează la vârste mai tinere (cu aproximativ 10 ani) la fumători comparativ cu nefumătorii. Bolile autoimune care sunt considerate factori de risc pentru dezvoltarea colitei microscopice sunt: boala celiacă (ridică riscul de până la 70 de ori), tiroidita autoimună, diabetul zaharat tip 1, artrita reumatoidă.

TABLOU CLINIC	SII	CM
Debutul (uzual)	< 50 de ani	> 50 de ani
Scaun (consistență)	Variabilă (moale-consistent)	Apos/moale
Durere/ disconfort abdominal	Obligativu	Variabil
Caracter nocturn al diareei	Absent	Posibil
Scădere ponderală	Rară	Frecventă
Asociere boli autoimune	Rar	Frecvent
SII: sindrom de intestin iritabil; CM: colita microscopică		
Tabelul 1. Diagnosticul diferențial clinic al colitei microscopice cu sindromul de intestin iritabil		

Diagnostic

Suspiciunea clinică trebuie să fie emisă înaintea unui sindrom diareic cronic, în general la pacientul adult, de vârstă medie. Diagnosticul este confirmat de examenul histopatologic al biopsiilor colonice. Totodată, bilanțul de evaluare clinică și paraclinică trebuie să asigure excluderea altor cauze de diaree cronică, printre care: sindromul de intestin iritabil, bolile inflamatorii intestinale idiopatice, diareea indusă de medicamente, diferite alte sindroame de malabsorbție.

Un aspect care merită dezvoltat este diagnosticul diferențial între colita microscopică și sindromul de intestin iritabil. Durerea abdominală este frecventă în colita microscopică, totodată se consideră că până la o jumătate dintre pacienții cu colită microscopică îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru sindromul de intestin iritabil. Pe de altă parte, 10% dintre pacienții încadrați ca sindrom de intestin iritabil au de fapt colită microscopică. Ca simptome co-

mune care pot alimenta suprapunerea, pot fi amintite astenia, depresia; totuși, există anumite trăsături distincte care pot ajuta în diagnosticul diferențial (Tabelul 1).

Diagnosticul de certitudine se bazează pe examinarea histopatologică a biopsiilor prelevate în cadrul colonoscopiei.

Tratament

Scopul principal al tratamentului îl reprezintă obținerea remisiunii clinice, definită ca mai puțin de 3 scaune pe zi, fără nici un scaun apos. Dezideratul paralel îl reprezintă ameliorarea implicită a calității vieții pacientului.

Măsuri generale. Întrucât au fost descrise cazuri de colită microscopică relaționate cu anumite medicamente, prima măsură o reprezintă evitarea medicamentelor posibil incriminate. De asemenea, un rol important îl au măsurile de modificare a stilului de viață: întreruperea fumatului, scăderea consumului de cafea, scăderea consumului de alcool (cu influență posibilă asupra tranzitului intestinal), evitarea

alimentelor pe bază de lactate (dacă există intoleranță la lactoză, sau în funcție de toleranța individuală).

Se pot administra antidiareice la nevoie, în doză de 2-16 mg/zi.

Prognostic

Colita microscopică nu influențează mortalitatea. Nu se asociază cu risc crescut de cancer colo-rectal, existând chiar o frecvență scăzută a polipilor neoplazici comparativ cu pacienții fără colită microscopică. Răspunsul la tratament este în general bun, trei sferturi din pacienți obținând remisiunea prelungită pe mai mult de 1 an după oprirea tratamentului. Totuși, colita microscopică, evident în special în perioadele de activitate, influențează negativ calitatea vieții.

De reținut!

- este o boală inflamatorie intestinală, manifestată prin diaree cronică, apoasă, non-sanguinolentă
- Factorii de risc sunt: vârsta, sexul feminin, fumatul, anumite medicamente
- Este o boală benignă, dar influențează negativ calitatea vieții
- Poate simula un sindrom de intestin iritabil
- Diagnosticul este histologic, fiind necesare biopsii colonice etajate
- Noile tendințe terapeutice sunt terapia biologică și transplantul fecal

Refluxul gastroesofagian

Cea mai frecventă boală din lume la ora asta este boala de reflux gastroesofagian. Chiar și la persoane sănătoase există un mic reflux dinspre stomac spre esofag. Contează de fapt mai puțin refluxul cât defluxul, adică timpul în care se evacuează esofagul, deci cât timp are loc contactul dintre refluxul acidopeptic cu mucoasa esofagiană. În SUA, unde sunt statistici serioase pe sute de mii de cazuri, s-a constatat că din 10 americani 4 au reflux esofagian patologic. Deci este o boală foarte frecventă, cea mai frecventă, iar tratamentul antiacid, cum era cel cu ranitidină, a făcut ca produsul comercial Zantac să devină la un moment dat cel mai vândut produs medicamentos din lume.

Cu Prof. dr. Silviu Constantinoiu, membru al Academiei de Științe Medicale din România



Dar, această boală de reflux trebuie investigată. Trebuie văzut dacă există o hernie hiatală deci o perturbare anatomică care întreține acest reflux. Aceasta ar însemna că o parte din stomac herniază în torace și sfincterul esofagian inferior (situat la locul de vărsare al esofagului în stomac), nu mai este supus presiunii pozitive abdominale, ci presiunii negative toracice, menținând cardia beantă. Atunci apare acest reflux care este considerat patologic. Pentru a apărea această boală trebuie să se realizeze un trepid patologic format din: un defect de peristaltism al esofagului, deci o evacuare proastă, sfincter esofagian incompetent (și asta se vede la manometrie, în mod normal între 8-20 mm coloană Hg, deci

sub 8 mm Hg sau după unii sub 6 mmHg apare mate-matic refluxul; al treilea element al trepidului este o evacuare antropilorodu-odenală proastă.

Durerea esofagiană apare ca o arsură, o durere retrosternală, noi îi spunem pirozis, deși în unele cărți se spune greșit că pirozismul este semn de ulcer. Nu! Pirozismul este semn de reflux gastroesofagian. Faptul că ulcerul este însoțit de reflux, asta este altă discuție.

De obicei în boala de reflux apare acest pirozis, diurn sau nocturn, dar care în manifestarea nocturnă, când bolnavul stă întins pe spate este foarte supărător, uneori bolnavul simtind refluxul până în gură. Deseori acest conținut gastric acid refluează pe căile respiratorii și bolnavii pot face fenomene ORL și pulmonare extradigestive. Bolnavii capătă o voce gâjăită, au odinofagie – greutate la înghițitul alimentelor, fac pneumonii sau supurații pulmonare. În astfel de situații confuze, de-

geaba bolnavul tratează aceste simptomatologii la ORL-ist sau pneumolog dacă nu tratează cauza, care este boala de reflux esofagian.

Ca să diagnosticăm corect boala trebuie să facem o endoscopie digestivă superioară, care ne poate releva dacă există un reflux cu eroziuni, deci este o boală erozivă, sau este reflux noneroziv. Boala erozivă este după clasificarea endoscopică Los Angeles (cea mai folosită clasificare): de grad A – mici eroziuni, grad B – mai multe eroziuni, grad C – eroziunile încep să fie confluențe și grad D – eroziune completă însoțită de o stenoză a esofagului. Pentru evaluarea bolii se poate face și un tranzit baritat în poziții speciale, pentru că uneori refluxul nu apare în poziția ortostatică și bolnavul trebuie așezat cu picioarele mai sus și capul mai jos, așa zisa poziție Trendelenburg, în care se produce mai ușor refluxul. Bolnavul poate fi așezat pe burtă, în procubitus, cu un sac de nisip sub epigastru și atunci crește presi-

unea sau aplecat din profil ca și cum s-ar încheia la un șiret, poziția șiretului sau poziția Brombart (arsura retrosternală care apare în această poziție se numește semnul lui Hillemand).

Mai sunt niște manevre care cresc presiunea abdominală, cum ar fi manevra Valsalva sau Muller, adică o încercare de a inspira/expira cu glota închisă și atunci presiunea abdominală crește și apare refluxul.

Este important să vedem și biopsia care se face din mucoasa esofagiană și ne arată gradul de inflamație. Un control complet include o manometrie, care arată presiunile în sfincterele esofagiene, mai ales în sfincterul esofagian inferior și gradul de mișcări peristaltice ale esofagului. O altă explorare foarte importantă este PH-metria pe 24 de ore: se introduce un cateter subțire pe nas până în esofagul superior. Acest cateter este racordat la un recorder, asemănător cu o geantă purtată pe umăr de pacient, timp în care acesta își desfășoară activitate de rutină zilnică. Astfel, se înregistrează curba PH-ului, care arată cantitatea și durata refluxului și defluxului. Se mai numește și testul telemetriei sau testul Tom de Meester.

Prin aceste determinări obținem o imagine obiectivă a bolii de reflux. De multe ori se operează abuziv această patologie, laparoscopic, mai ales la cererea pacienților, lucru cu care nu pot fi de acord. Diagnosticarea corectă necesită internarea într-o clinică specializată, cum este Centrul de Excelență în Chirurgia Esofagului, de la Spitalul Sf. Maria. Aici avem un laborator propriu de explorări funcționale ale esofagului: manometrie, PH-metrie etc, care se fac sub directă îndrumare a medicilor chirurghi. Astfel, el are control asupra corectitudinii investigației și mai mult, în unele cazuri poate să rezolve operativ o eventuală complicație, cum ar fi o perforație esofagiană.

În cazul diagnosticării bolii de reflux esofagian, nu se intervine de la început chirurgical, se începe cu un tratament medical, ușor, care ține de lucruri simple, de conduită și de viață ale pacientului:

- Tratamentul postural, prin care bolnavul va dormi cu 2-3 perne sub torace, împiedicându-se refluxul înalt nocturn
- Bolnavul va purta haine largi, fără centuri care să-i strângă abdomenul și să creeze hiperpresiune abdominală



**PESTE 3000
DE ARTICOLE MEDICALE
DE LA O SINGURĂ SURSĂ**



**Vă invităm la sediul
nostru cu showroom
și spații de depozitare**

Email: office@medisal.ro
 Comenzi: comenzi@medisal.ro
 Informații: info@medisal.ro
 Tehnic: suport@medisal.ro
www.medisal.ro

- Dacă pacientul are un grad de obezitate, îl punem să slăbească pentru că obezitatea nu este numai la peretele abdominal ci și la interior, pe mezourile viscerelor
- Bolnavii constipați fac reflux esofagian, la fel bolnavii cu di-surie. Tratăm întâi bolile care induc aceste simptome
- Aplicăm bolnavului un regim alimentar asemănător celui de la ulcer, care să nu scadă presiunea în sfincterul esofagian inferior, regim prin care se elimină grăsimile, răndașurile, băuturile gazoase, condimentele, alcoolul, cafeaua, tutunul. Mesele vor fi dese și în cantitate mică, ultima masă cel mai târziu la ora 19:00.

Ca tratament medical se merge pe anihilarea defectului acesta de peristaltică prin administrarea de medicamente numite prokinetice, care ajută atât peristaltismul esofagian cât și cel antropiloric, în urma acestui tratament urmărind să se evacueze stomacul mai bine.

Prima metodă este administrarea de Metoclopramid sau Domperidonă (Motilium), sirop sau tablete, se dau cu jumătate de oră înainte de mesele principale, de 3 ori pe zi. Alt medicament care se recomandă este un inhibitor de pompă de protoni, Omeprazol sau alte forme de blocanți de hidrogen, cum este Pantoprazolul sodium sau medicație anti H₂ (Famotidină, Nizatidina, Roxatidină acetat) ș.a..

Personal, prefer produse originale, direct de la firma producătoare. Aceste medicamente se administrează dimineața, cu o jumătate de oră înainte de prima

masă, când pompele de hidrogen sunt deschise.

Când pacientul prezintă și ulceratii este bine să prescriem și un tratament care „badijonează” aceste ulceratii: se administrează Sucralfat, care se găsește sub forma produsului Venter. Acesta acționează ca un gel și în timpul refluxului urcă pe esofag și ”spoiește” mucoasa esofagului. Se folosesc și alte geluri, cum sunt: Epicogel, Maalox, Gaviscon ș.a. Acest tratament se administrează cel puțin 6 săptămâni.

De asemenea, se face și un test la *Helicobacter Pylori*. Dacă pacientul este pozitiv la această bacterie, se face un tratament bazat pe Amoxicilină și Claritromicin (produsul Klacid), eventual Metronidazol.

Mai trebuie făcut un diagnostic diferențial cu durerea anginoasă din angina de piept. Mulți bolnavi cu reflux esofagian sunt tratați de angor pectoris. Numai că tratamentul anginei de piept conține nitriți, cum este nitropectorul sau produse blocante de calciu, care scad presiunea în sfincterul esofagian inferior, accentuând boala. Deci trebuie făcut un diagnostic diferențial clar între durerea dată de pirozis –arsură și durerea dată de angina de piept, pentru că un tratament dat pentru o boală, presupusă o va accentua pe cealaltă, reală.

Consultul pacientului e bine să vizeze gastroenterologul dar și pneumologul și ORL-istul, care trebuie atenționați dacă deja există diagnosticul de reflux. În acest caz trebuie tratat întâi refluxul, deci cauza, nu efectele.

La 6 săptămâni reevaluăm bolnavul să vedem dacă s-a

ameliorat refluxul esofagian. Nu există o relație clară între intensitatea refluxului, gradul de eroziune (gradul Los Angeles), gradul de suferință reală a bolnavului și gradul de inflamație a mucoasei la biopsie. Mai ales persoanele mai labile psihic pot declara subiectiv că suferința a dispărut, s-a diminuat, a rămas la fel sau s-a agravat.

Uneori pacientul nu răspunde la tratamentul menționat sau nu poate urma tratamentul datorită programului de muncă încărcat sau nu și-l poate permite, tratamentul nefiind ieftin și fiind întins uneori pe durata unor ani. Mai apare și alt aspect. Cine poate să spună dacă nu cumva acest tratament care induce o hipoaaciditate nu poate să inducă o altă complicație? Stomacul, așa cum îl avem de la natură, are în interior un PH de 1,5, foarte acid (ca să nu crească nici un microb!)

Dacă stomacul va tinde să-și scadă aciditatea datorită tratamentului cu protoni de hidrogen, el se va coloniza bacterian, ceea ce produce o metaplazie, o transformare a mucoasei gastrice în mucoasă intestinală, ceea ce este o stare precanceroasă. Cine ne poate spune că acești pacienți tratați ”a la longue” cu clasicul omeprazol-pantoprazol în timp nu vor face un cancer gastric? Există acest risc.

În aceste condiții, ale unui tratament inefficient, întins pe o perioadă de timp mai mare, pacientul are toate condițiile să se adreseze chirurgului care va rezolva afecțiunea printr-o fundoplicatură realizată clasic sau laparoscopic.

Modificări digestive în schizofrenie

Schizofrenia este o tulburare cerebrală complexă, definită prin anomalii în unul sau mai multe din următoarele domenii: gândire delirantă, halucinații, gândire dezorganizată, comportament motor profund dezorganizat. Diagnosticul de schizofrenie presupune că boala durează cel puțin 6 luni și include cel puțin o lună cu simptome de fază activă.

**Alexandra Lazar,
Dan L. Dumitrascu**
Clinica Medicală II, UMF
„Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

In ultimii ani s-a presupus că schizofrenia este în mare parte o boală genetică ereditară, derivată în principal din studii familiale și gemene, de 80%-85%. Studii genetice ample nu au dus la noi metode de diagnostic și tratament. O examinare a studiilor gemene pe care se bazează ereditatea, arată faptul că, aceste studii exagerează componenta genetică a schizofreniei. În plus, efectele agenților infecțioși și compoziția microbiomului, pot produce o imagine clinică care, de asemenea, ar părea a fi în mare parte genetică datorită agregării familiale și a unui rol pentru o contribuție genetică parțială la sistemul imunitar. Se concluzionează că schizofrenia are o componentă poligenică, însă cea mai susținută ipoteză este că schizofrenia apare atunci când tulburările de mediu interacționează cu predispozițiile genetice.

Schizofrenia a fost observată în întreaga lume. Prevalența

printre adulți este raportată adesea a se situa între 0,5% și 1,5%. Incidența anuală se situează cel mai frecvent între 0,5 și 5 la 10.000. Debutul este mai precoce la bărbați decât la femei. La bărbați s-a constatat prezența formelor mai grave de schizofrenie. Studiile efectuate pe cohorta nașterii sugerează unele variații geografice și istorice în incidență. De exemplu, un risc crescut a fost constatat printre indivizii născuți în mediul urban comparativ cu cei născuți în mediul rural, precum și un declin gradual al incidenței la cei din cohortele de naștere mai recente.

Factorii de risc pentru schizofrenie sunt considerați a fi următorii:

- încărcătura genetică
- personalitatea schizoidă sau schizotipală
- absența familiei
- statusul socio-economic scăzut
- data nașterii (numeroase studii privind datele de naștere ale schizofrenicilor au demonstrat că aceștia se nasc mai frecvent iarna și primăvara)
- evenimentele psihotraumatizante

Asocierea tulburărilor digestive cu bolile psihice a existat din toate timpurile și este singura comorbiditate constantă raportată în literatura de specialitate din cele mai vechi timpuri până în prezent.

Este importantă conștientizarea și înțelegerea prezenței factorilor de risc somatic, care includ manifestările gastro-intestinale asociate cu schizofrenia, pentru a îmbunătăți confortul și calitatea vieții bolnavilor.

Sistemul imunitar, creierul și microbiomul

Sistemul gastro-intestinal este alcătuit dintr-un set de mecanisme celulare și moleculare concepute pentru a ajuta digestia, pentru a facilita absorbția nutrienților și pentru a asigura protecția inițială împotriva antigenelor, toxinelor și infecțiilor dăunătoare.

Microbiota intestinală joacă un rol cheie pentru organismul gazdă. Axa cerebro-intestinală este o cale bidirecțională de comunicare între creier și microbiomul intestinal și există o legătură între disbiozele intestinale și tulburările psihice.

Articol preluat, republicat cu acordul autorului

Sindromul eșecului în chirurgie

Chirurgia este una dintre multiplele ramuri medicale, fiind o metodă terapeutică, de cele mai multe ori radical-curativă. Ea se folosește de mijloace tehnice din ce în ce mai sofisticate în scopul realizării scopurilor propuse, cu cât mai puține efecte nedorite pentru pacient. Chirurgia este profund dependentă de progres și a fost marcată pozitiv de fiecare etapă de dezvoltare a medicinei. Iată principalele revoluții moderne care au marcat considerabil progresele chirurgiei. Le enumerăm pe scurt.



E. Brătucu, Cl. Dăhă,
M. Marincea, Sânziana
Ionescu, V. Prunoiu

- **Anestezia generală** - W. Morton 1846. Astăzi a devenit posibilă îndeplinirea dezideratelor patrilateralului anestezic: analgezie, hipnoză, relaxare

musculară și menținerea homeostaziei. Principala limitare a chirurgiei era durerea de care era însoțită. Aceasta condiționa timpul scurt în care trebuia să se desfășoare actul operator. Anestezia generală a permis un salt uriaș în amploarea actului chirurgical.

- **Antibioticele** - Este meritul lui Domagk care descoperă sulfonamidele în 1935 și al lui Fleming care în 1928 descoperă penicilina, introdusă în practică de către H. Florey și E. Boris Chain în 1942. Din acel moment chirurgia a avut la îndemână o puternică

armă de combatere a uneia din cele mai agresive complicații postoperatorii – infecția. Acest arsenal –antibioticul - a generat un marcant surplus de încredere în lumea chirurgicală. Din acest moment totul s-a accelerat în termeni de progres, totul a devenit posibil.

• **Imagistica de performanță** - începuturile imagisticii

revin radiologiei, meritele aparținând lui W. Conrad Roentgen. (1895). Relativ recent a apărut radiologia digitală și radiologia EOS, aceasta din urmă oferind imagini de ansamblu ale corpului, din față, profil și, mai ales, tridimensionale. Despre computerte tomograf și rezonanță magnetică nucleară nu mai este nevoie a le sublinia performanțele și valoarea. Există actualmente o serie întreagă de programe care generează reconstrucții și substrații. Se obțin imagini de mare acuratețe ale organelor, informații asupra structurilor și vascularizației acestora. A devenit astfel posibilă reconstrucția 3D pentru fiecare zonă de interes. Mai modestă, echografa face și ea pași pe drumul ameliorării sensibilității, dar nu este încă o investigație de ultimă etapă exploratorie. În fine, a apărut scannerul, care oferă imagini color 3D, pe baza unei tehnologii care utilizează un accelerator de particule de mare putere prin tehnica Medpix. Metoda aparține lui Phill și An-

thony Butler, tată și fiu din Noua Zeelandă.

Folosind mijloacele enumerate până acum - anestezie, antibiotice, imagistică - limitele chirurgiei s-au largit. A devenit astfel posibilă tratarea unor situații patologice de mare risc. În susținerea pacientului de mare risc a intervenit și terapia intensivă.

• **Terapia intensivă** - susținerea și suportul bolnavului

chirurgical este astfel asigurată printr-o serie de mijloace tehnice indispensabile pentru a corecta disfuncțiile de organ preexistente sau apărute intra și postoperator. A enumera aici toate resursele în tratamentul pacientului critic este imposibil.

• **Endoscopia** - nu există seg-

mente sau organe cavitate care să nu poată fi abordate endoscopic, prin obținerea de imagini în timp real: toracoscopie, laparoscopie, mediastinoscopie, bronhoscopie, endoscopie digestivă etc. Tehnologia endoscopică a avansat rapid, iar astăzi oferă șansa unor procedee terapeutice de mare succes în domeniul patologiei digestive, urinare, bronhopulmonare etc.

• **Laparoscopia** - în fapt este

tot o metoda de endoscopie dar utilizată doar de către chirurghi. Este o tehnică în dezvoltare rapidă: chirurgie digestivă, chirurgie bariatrică, a toracelui și mediastinului.

• **Transplantul de organe**

- după primele tentative de transplant renal, în anii 1960 a urmat celebrul transplant de cord în 1967. Abia din 1980 transplantul a câștigat teren, astăzi fiind una dintre cele mai mari realizări în domeniul medical. Pentru a avea doar o idee despre ce este azi transplantul de organe, aproximativ 600.000 de transplante sunt realizate anual în USA.

Am enumerat până acum doar o parte dintr-o serie întreagă de achiziții moderne care au dus medicina și chirurgia până la locul pe care se află astăzi. Indiferent de progresele remarcabile din chirurgie, responsabilitatea rămâne în totalitate în sarcina chirurgului care efectuează actul operator. De mai mulți ani, în practica medicală au apărut două elemente noi care reglementează actul terapeutic. Este vorba de asigurarea de malpraxis și de consimțământul informat. Aceste reglementări par suficiente și acoperitoare pentru gesturile terapeutice ale chirurgului. Dar nu este chiar așa. Aceste certificate de garanție pentru chirurg sunt valabile, dar și interpretabile. Până unde pot merge cu absolvirea chirurgului de un eventual eșec terapeutic? Dar ce este eșecul în chirurgie? Este cuantificabil? Nemulțumirea pacientului este egală cu eșecul terapeutic? Iată o serie de întrebări care așteaptă răspuns.

**Continuare
în numărul următor**

De la peritonita localizată la cea generalizată (I)

Vorbim despre sepsisul abdominal cu profesorul dr. Valeriu Surlin, Șeful Secției de Chirurgie generală 1 de la Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova

Domnule profesor, vă rog să dați o definiție a sepsis-ului și să ne spuneți ce revine chirurgului în aceste cazuri.

Avem 3 faze ale unei infecții generalizate: sepsis – când o inflamație devine sistemică, denuită și SIRS (systemic inflammatory response syndrome), sepsis sever și șocul septic. Sepsisul intervine în infecțiile intra-abdominale comunitare (apendicită acută, peritonită etc.), în traumatismele severe, în complicațiile septice postoperatorii, de tipul infecțiilor postoperatorii, al deficiențelor anastomozei pe tubul digestiv și al absceselor.

Chirurgul face parte dintr-o echipă multidisciplinară care tratează acest tip de sepsis, pentru că infecția abdominală poate să determine o reacție inflamatorie locală, regională și sistemică (caz în care avem sepsis), lucru care trebuie întâi corect diagnosticat. Chirurgul este chemat să eradicheze focarul de la care a plecat infecția și a atins nivelul de sepsis.

Ce se întreprinde pentru combaterea sepsisului abdominal, odată diagnosticat?

Tratamentul unei peritonite sau al unei infecții intraabdominale are următoarele

componente: reechilibrarea hidroelectrolitică, rezolvarea focarului septic și implicit a sursei de contaminare. Dacă este un ulcer perforat – trebuie închisă perforația, dacă este o apendicită acută – se face apendicectomie, în situația unei colecistite acute – se recurge la colecistectomie, iar în cazul unei diverticulite acute – se rezolvă focarul de diverticulită. Deci în primul rând trebuie obținut controlul sursei de contaminare, urmată de toaleta cavității peritoneale. Ulterior se recurge la antibioticoterapie, la început cu spectru larg, empiric, bazat pe cunoștințele despre flora bacteriană din peritonitele primare, secundare și terțiare, apoi continuându-se cu tratament antibiotic țintit, orientat pe sensibilitatea germenilor din probele prelevatele din puroiul abdominal care rezultă din cultură și efectuarea antibiogrammei în laborator.

Ce s-ar întâmpla cu bolnavul dacă nu se intervine corect și la timp?

Dacă focarul nu este rezolvat și procesul infecțios continuă, se va trece în etapele următoare: sepsisul sever, șocul septic, insuficiențe multiple de

organe și în final decesul. Evoluția este cu atât mai rapidă și mai severă cu cât este mai sever focarul. O peritonită prin perforație gastrică nu are aceeași încărcătură și agresivitate prin flora sa bacteriană comparativ cu o perforație de intestin subțire sau o perforație de colon, aceasta din urmă ridicând cele mai multe probleme, întrucât colonul are cea mai mare concentrație de germeni, cu diversitatea și agresivitatea cea mai mare. Așadar este esențială cunoașterea punctului de plecare al peritonitei pentru a putea aprecia gravitatea situației. Este de asemenea important și gradul de extindere sau amplexarea peritonitei, mai exact dacă este una localizată, limitată la un compartiment din abdomen sau este o peritonită generalizată. Deci contează și cât de extins este focarul inițial dacă dorim să evaluăm gravitatea, urgența și prognosticul rezolvării stării de sepsis.

Este abdomenul acut un sepsis?

Abdomenul acut nu e obligatoriu un sepsis. Există abdomen acut de cauze medicale, caz în care durerea este tratabilă medical, și există abdo-

men acut chirurgical, ale cărui cauze pot duce la instalarea unui sepsis. Sepsisul poate să se instaleze într-o pancreatită acută severă și fără să existe infecție, prin faptul că pancreatita severă, prin intensitatea inflamației locale determină și o inflamație sistemică, deci un sepsis, declanșat doar de intensitatea inflamației locale care devine sistemică. În infarctul enteromezenteric, în fazele avansate se produc perforații de organ, peritonite, translocații bacteriene care duc la un sepsis abdominal și, ulterior, la insuficiența de organ. La un abdomen acut chirurgical, care poate fi apendicită acută, colecistită acută, perforație gastrică, diverticulită acută, acestea sunt cauze care generează sepsis cu punctul de plecare al infecției intraabdominale dar la o pancreatită acută severă putem avea de la bun început sepsis fără să fie încă dezvoltată o infecție.

Care sunt cele mai grele situații de sepsis care stau în fața unui chirurg?

Sepsisul este practic un răspuns fiziopatologic al organismului la traumă, în cazul traumatismelor severe. Postoperator, sepsisul poate să apară și în cazul intervențiilor mai complexe, fără a exista o infecție, sau poate să existe o complicație postoperatorie, o infecție profundă rezultată prin contaminare în timpul intervenției chirurgicale cu timpi septici cum sunt cele cu

deschiderea colonului, a intestinului subțire, moment în care se poate contamina cavitatea peritoneală.

Dar cel mai adesea, sepsisul se produce printr-o complicație postoperatorie, printr-o deficiență de anastomoză, fie că vorbim despre o anastomoză colorectală, colocolică, între intestin și colon, o anastomoză pe intestinul subțire, o anasto-



moză gastrointestinală sau esogastrică, deci când se creează o soluție de continuitate cu tubul digestiv. Soluția de continuitate permite trecerea de conținut intestinal în afara lumenului intestinal către cavitatea peritoneală și astfel rezultă o peritonită. Aceasta poate fi localizată în jurul zonei operate, în care se produc aderențe postoperatorii, și atunci infecția poate să fie menținută într-o anumită zonă, iar altelei această deficiență poate fi preluată de tubul de dren și eliminată la

exterior și atunci sepsisul va fi de o amploare redusă și se va putea trata conservator. Cazul cel mai grav este când această deficiență de anastomoză duce la o peritonită generalizată, la contaminarea întregii cavități abdominale.

Dacă este un abces localizat și există posibilitatea de drenaj sub ghidaj ecografic sau tomografic de către un radiolog intervenționist cu experiență, aceasta este soluția minim traumatică pentru pacient. Dacă nu există această posibilitate sau este o peritonită generalizată atunci trebuie reintervenit și se aplică principiile de tratament ale unei peritonite, enunțate anterior, adică reechilibrarea pacientului, controlul sursei și decontaminarea cavității peritoneale, drenaj și antibioticoterapie. De cele mai multe ori, bolnavul fiind într-o suferință generalizată, nu se reface anastomoza, se practică stomii temporare (așa-numitul anus contra naturii) până

când pacientul iese din sepsis. Ulterior, după ce organismul se echilibrează, se poate reface continuitatea digestivă. Alteori se poate recurge la gesturi chirurgicale mai simple, respectiv la drenaj, pentru ca infecția să nu rămână în abdomen, alături, bineînțeles de tratament de susținere. Dacă există insuficiență de organ provocată de sepsis, aceasta se tratează în terapie intensivă.

**Continuare
în numărul următor**

Chirurgia = muncă, talent, ambiție, empatie, caracter

Este dimineața primei zile de sâmbătă din luna mai, suntem în plină pandemie! Intrarea în Spitalul Sfânta Maria din București este complicată pentru cineva care vine să ia un interviu și nu are o urgență medicală, așa că am convenit cu profesorul dr. Silviu Constantinoiu, șeful Centrului de Excelență în Chirurgia Esofagului de la Spitalul Sfânta Maria să facem întrevvedere și dialogul prin telefon. Mulțumesc internetului și tehnologiei telecom pentru această facilitate și doctorului Constantinoiu pentru bunăvoință și înțelegere.

Prof. Dr. Silviu Constantinoiu: ”Toată viața voi fi recunoscător maestrilor mei de la care am învățat meseria de chirurg. De asemenea, mulțumesc părinților mei. Moștenesc memoria mamei mele care la 100 de ani și jumătate încă gândește sănătos, iar manualitatea cred că am moștenit-o de la tatăl meu care pe ce punea mâna în florea”.

Domnule profesor Constantinoiu, dintre materiile pe care le-ați avut la facultate și asupra cărora ați revenit pe parcursul carierei de medic în procesul de învățare continuă, care simțiți că vă ajută cel mai mult în timpul unei operații, în blocul operator, când sunteți aplecat asupra bolnavului?

Pentru un chirurg este importantă parcurgerea întregii curricule de medicină. Atunci când sari o etapă și ai impresia că vei umple acest gol altă dată, în momentul în care vei ajunge să fii căutat de pacienți și vei avea și alte sarcini didac-

tice, științifice sau profesionale, timpul nu îți va mai permite să umpli aceste hiatusuri. Ca urmare, îți trebuie o bună pregătire din facultate, la toate materiile, pentru că fiecare dintre ele îți va folosi vreodată la ceva. Dar, pentru un chirurg, în particular, esențială mi se pare studierea anatomiei și anatomiei topografice, și anume, atenție, înțeleg prin aceasta studiul teoretic și practic prin disecții pe cadavru! Un chirurg care operează fără cunoștințe temeinice de anatomie este aidoma unui navigator de pe vremea lui Columb sau Vasco da Gama, fără busolă și fără sextant, care merge în necunoscut, pe o mare agitată, sub un cer înnorat pe care nu vede nici Steaua Polară dacă este în emisfera nordică și nici Crucea Sudului, dacă se află în emisfera sudică.

Astfel, un asemenea chirurg nu știe când se va întâlni cu o formațiune anatomică esențială: un vas mare, un nerv important sau un alt organ. Ca atare, chirurgul va opera stresat, va băjbăi din mm în mm, pe când,

dacă are cunoaștințe solide de anatomie, incizează adânc până se apropie de zona bolnavă, fără a leza alte țesuturi.

Tot de maximă importanță este și studiul fiziologiei organismului uman pentru a cunoaște funcțiile fiecărui organ pe care îl operezi și la care uneori ești nevoit să extirpi o porțiune din el sau chiar întregul organ. Trebuie să știi ce consecințe are această operație asupra fiziologiei bolnavului în postoperator. Din nefericire, în facultate, chirurgia se studiază doar printr-un modul de opt săptămâni în anul IV și șase săptămâni în anul V, după care urmează desăvârșirea în cei 6 ani de rezidențiat, deci iată, încă o facultate, 12 ani de studiu în care înveți să operezi dar și să gândești fiziopatologic asupra fiecărei boli, în așa fel încât să tratezi bolnavul și nu boala. Boala este diferită la fiecare pacient pentru că fiecare om este o unicitate a naturii. Așa cum unice sunt amprentele digitale, culoarea irisului sau timbrul vocal, la fel unică este

și anatomia fiecărui individ, datorită particularităților anatomice (fără a mă referi aici la malformații sau anomalii uneori incompatibile cu viața).

O importanță deosebită pentru viitorul chirurg o are și studiul care se face în cadrul cursului de terapie intensivă, în care înveți care sunt urmările unei operații, cum trebuie să supraveghezi un bolnav în postoperator.

Volumul de cunoștințe asimilate de un medic în cei 6 ani de facultate echivalează cu învățarea a 3 limbi străine. Și dacă ținem cont și de cei 6 ani de rezidențiat, înseamnă că un chirurg învață echivalentul a 6 limbi străine, aproape cât domnitorul Dimitrie Cantemir, care vorbea fluent 7 limbi străine (omul de cultură Dimitrie Cantemir a fost primul român membru al unei academii internaționale de știință și anume, membru al Academiei din Berlin, cunoscut fiind după ce a scris "Istoria creșterii și descreșterii Imperiului Otoman" și "Descriptio Moldaviae").

Chirurgia, pe lângă o vastă cunoaștere a anatomiei și fiziologiei organismului uman, presupune și o stăpânire desăvârșită a tehnicii chirurgicale, o execuție perfectă a unor manevre de care depinde succesul operației.

Puteți numi câteva astfel de lucruri care țin de manualitatea jumătate înnăscută și jumătate exersată a medicului chirurg?

Odinioară, exista o formă specială de pregătire pentru studenții cei mai buni, anume stagiul de internat, după modelul



școlii franceze; la trecerea dintre anul 5 și anul 6, pe 6 septembrie, până acum mai bine de 40 de ani, prin tradiție, se susținea prima teză scrisă. Am făcut parte din cei 12 interni de chirurgie, admiși în urma unui foarte greu concurs la UMF „Carol Davila”. Aveam obligativitatea să efectuăm 6 stagii: 3 stagii de chirurgie generală, un stagiul de terapie intensivă, un stagiul de obstetrică-ginecologie și un stagiul de medicină internă. La

contravizită prezentam profesorului toți bolnavii din clinică; în clinica unde am efectuat stagiile de chirurgie (Spitalul „23 August”, actualul „Sf. Pantelimon”), șeful clinicii era prof. dr. docent Pavel Simici, mare chirurg, dar foarte exigent, iar la contravizita din fiecare seară trebuia să îi prezinți toți pacienții din clinică (și erau 120 de paturi!).

De asemenea, intrați cu profesorul la cele mai dificile operații, în așa fel încât puteai să înveți chirurgie de la cel mai bun chirurg, așa cum ai vrea să înveți tenis direct de la Ilie Năstase și nu de la un tenismen oarecare. Am avut onoarea să fiu coleg de internat cu chirurghi care au ajuns celebri mai târziu: prof. Irinel Popescu, prof. Ioanel Sinescu, prof. Petrișor Geavlete, prof. Mircea Pătruț și alții. Când am ajuns, pe data de 1 noiembrie 1976 la clinica de chirurgie din Spitalul „23 August”,

prima carte pe care mi-a dat-o s-o citesc profesorul Simici, îndrumătorul meu, a fost „Les petits règles de la chirurgie parfaite” de Jean Okinczyc (Micile reguli ale chirurgiei perfecte). Profesorul Simici avea o bibliotecă foarte vastă, cu cărți de anatomie, de tehnică chirurgicale, anatomie topografică, patologie, în limba română, franceză sau germană și era un chirurg cu o pregătire extraordinară și un talent înnăscut.

TRATAMENT ANTICĂDERE

Prof. Dr. A. Aslan
GEROVITAL®
H₃ DERMA+

PHARMACEUTICAL CONCEPT

Produse hipoalergenice
Fără paraben, coloranți
Testate sub control
dermatologic

ȘAMPON ANTICĂDERE

- ◆ Acționează asupra cauzelor care provoacă alopecia, pentru a elimina toate cauzele care pot provoca căderea și slăbirea rădăcinii părului.
- ◆ Oprește căderea excesivă și stimulează creșterea părului sănătos.



TRATAMENT ANTICĂDERE

- ◆ Ingrediente esențiale pentru reducerea căderii părului, întărirea rădăcinii firului de păr și prevenirea alopeciei
- ◆ Previne alopecia și protejează părul împotriva stresului endogen și exogen



Original Gerovital
by Prof. Dr. A. Aslan

www.farmec.ro