



Paricularități ale diabetului zaharat la persoana vârstnică

Despre neîncrederea în sine...

Viciile de refracție și corecția dioptriilor cu laser

Blefarita la copilul mic

Osteoporoza - algoritm explorator 10

Cum poți regla tranzitul intestinal? 16

Paricularități ale diabetului zaharat la persoana vârstnică 14

Osteoporoza - algoritm explorator..... 10



Paricularități ale demenței în timpul pandemiei cu COVID-19..... 20



RAZE ULTRAVIOLETE

GEROVITAL H3 DERMA+ SUN DEZVOLTĂ TEHNOLOGIA REVOLUȚIONARĂ PHYSABLOCK

RAZE INFRAROȘII

EXPERTĂ ÎN SOARE. ȘI ÎN TOT CE E NOU SUB EL



Prof. Dr. A. A. A. A.
GEROVITAL
H3 DERMA+
SUN



TEHNOLOGIA
PHYSABLOCK



**COMPLEX INOVATOR DE FILTRE SOLARE ȘI PRINCIPII ACTIVE
PROTECȚIE AVANSATĂ ÎMPOTRIVA RADIAȚIILOR UVA, UVB, VL, IR
ACȚIUNE EFICIENTĂ ÎMPOTRIVA FOTOÎMBĂTRÂNIRII
SUSȚINERE ACTIVĂ A FIBRELOR DE ELASTINĂ ȘI COLAGEN
TESTAT DERMATOLIC PENTRU PIELE SENSIBILĂ**

Vârsta de pensionare de 65 de ani este considerată în mod convențional ca „graniță” între adulți și vârstnici



Independența funcțională este un concept mai larg, nu se referă doar la componenta fizică. Funcționalitatea în general, dar la vârstnic în special, implică cel puțin și componentele cognitive, emoțională și socială. În acest context înțelegem că practic abordăm, din diverse perspective, problematica menținerii independenței funcționale a persoanelor vârstnice. Aceasta din urmă poate să reprezinte un factor esențial în ceea

ce spunea Doamna Profesor Ana Aslan că ar fi un obiectiv important al geriatriei: "să dăm viață anilor". Dezideratul prelungirii existenței umane, a creșterii speranței de viață la naștere, are o vechime foarte mare, dar pentru realizarea lui sunt necesare intervenții complexe. Gradul de complexitate crește în cazul vârstnicilor deoarece trebuie instituite măsuri multidimensionale, medico-sociale. Nu trebuie minimalizate nici datele referitoare la aspectele de cercetare fundamentală, esențiale în descifrarea mecanismelor intime ale fenomenului de îmbătrânire și al celui de longevitate activă.

Nutriția și activitatea fizică sunt factori extrem de importanți pentru ameliorarea condițiilor în care o persoană înaintea în vârstă. De asemenea, este important de menționat că geriatria este legată de alte specialități medicale. O atenție aparte o acordăm afecțiunilor cardiovasculare și implicării lor în procesul de îmbătrânire, precum și afecțiunilor neurodegenerative.

Vârsta cronologică de 65 de ani este considerată ca "graniță" între adulți și vârstnici doar convențional. Stabilirea ei nu are la bază studii științifice - a fost aleasă doar pentru că era vârsta de pensionare. Actualmente, la nivel european și chiar internațional, sunt o serie de discuții care au în vedere creșterea acestei limite de vârstă la 70 de ani sau chiar la 75 de ani luând în considerare mărirea semnificativă a speranței de viață. În acest context, luarea unor decizii bazate doar pe vârsta cronologică este cel puțin neadecvată.

Prof. Univ. Dr. Gabriel-Ioan Prada,
Președintele Societății Române de Gerontologie și Geriatrie

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Viciile de refracție și corecția dioptriilor cu laser	4
Despre neîncrederea în sine.....	6
„Îi lipsește drama sângelui, onestitatea transpirației și nu are apelul emoțional al lacrimilor”.....	7
Blefarita la copilul mic	8
Osteoporoza - algoritm explorator.....	10
Voluntastrols® în Neuroinflamație și Depresie	14
Cum poți regla tranzitul intestinal?	16
„Timpul critic de la debutul unui AVC până la intervenția medicului”	18
Particularități ale demenței în timpul pandemiei cu COVID-19	20
Suicidul la vârstnici – factori de risc și factori protectivi	24
Particularități ale diabetului zaharat la persoana vârstnică	28
Terapia în Scleroza multiplă. O perspectivă de viitor	31

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



Viciile de refracție și corecția dioptriilor cu laser

Așa cum scriam în prima parte a articolului apărut în ediția anterioară a acestei reviste, modificările de lungime, curbura și adaptabilitate a globului ocular care au ca rezultat vederea în ceață la diferite distanțe se numesc vicii de refracție: miopie, hipermetropie, astigmatism și presbiopie (aceasta din urmă este caracterizată prin modificările de adaptabilitate ale cristalinului după vârsta de 40 de ani). Mai multe informații despre viciile de refracție puteți citi și pe www.scapadeochelari.ro.

Dr. Ileana Ungureanu
Medic specialist oftalmolog
Clinica de oftalmologie
Ama Optimex
www.amaoptimex.ro
www.scapadeochelari.ro
www.cataracta.ro



apărută de aproape 4 decenii, tehnica rămâne sigură și eficientă, însă recuperarea este mai lentă (de la câteva săptămâni până la câteva luni) și mai dureroasă decât la variantele mai noi de laser.

A doua generație de laser o reprezintă FemtoLASIK, apărută în anii 1990. În cadrul operației se folosesc 2 tipuri de lasere: excimer (arde) și femtosecunde (decupează). Varianta se adresează unei game mai largi de dioptrii, putându-se corecta miopia de până la -7 dioptrii, hipermetropia de până la +4 dioptrii și astigmatismele de maxim +4/-5 dioptrii. Prezintă față de PRK o mai bună tolerabilitate prin lipsa durerii postoperator și o stabilitate mai mare în timp a corecției aplicate. De asemenea, recuperarea vizuală este mai rapidă (de câteva zile până la maxim câteva săptămâni).

ReLex SMILE este a 3-a generație de corecție a dioptriilor, fiind cea mai modernă și cea mai sigură în momentul de față. Prima intervenție de acest gen a fost efectuată în anul 2006 și folosește doar laserul cu femtosecunde (de-

cupează și nu arde, nu apare astfel răspuns inflamator din partea organismului). Vederea își revine în maximum 3 zile de la intervenție, nu există durere postoperator, iar corecția este stabilă în timp. Tehnica SMILE reușește să corecteze dioptrii mari (de până la -10 dioptrii de miopie și maxim -5 dioptrii de astigmatism).

Tehnicile menționate mai sus se adresează în principal persoanelor de până în 45 de ani, la care nu a apărut încă presbiopia. Odată cu apariția presbiopiei, varianta capabilă să aducă independență față de ochelari la orice distanță se numește PRESBYOND. În cazul acestei tehnici chirurgicale, modificarea dioptriilor se face personalizat pentru fiecare ochi în parte: ochiul dominant se corectează pentru vedere bună la distanță mare și intermediară, iar cel nedominant pentru vedere intermediară și la distanțe mici, urmând ca ulterior creierul să integreze imaginile provenite de la cei doi ochi pentru o vedere bună la toate distanțele (fenomen numit neuroadaptare). Tehnica este cea folosită și în cazul FemtoLASIK.

Pentru o vedere bună, viciile de refracție se corectează cu ajutorul ochelarelor și/sau lentilelor de contact (corecție optică) sau prin chirurgie refractivă cu laser, implant de lentilă intraoculară Visian (ICL) sau implant în scop refractiv (schimbarea cristalinului natural cu unul artificial adaptat dioptriilor).

Momentul corecției viciului de refracție, precum și tehnica potrivită se stabilesc numai în urma unui consult oftalmologic complet cu investigații detaliate.

Cele 4 tehnici laser pentru reducerea dioptriilor

PRK este prima generație a tehnicilor laser, apărută încă din anul 1985. Intervenția folosește laserul excimer (arde) pentru corectarea miopiei de până la -6 dioptrii, astigmatismului de până la +/- 2 dioptrii și a hipermetropiei de maxim +1.5 dioptrii. Chiar dacă este

TEEN DERM AZ

15% ACID AZELAIC

α -PURE COMPLEX

Boswellia extract
Avocado oil esters
Glucose + Natural Xylitol

+Reduce inflamația

+Antibacterian,
keratoregulator

+Reduce semnele
post-acneice

+Seboregulator

+Purifiant

+Calmant

+Hidratant



Textură lejeră, efect matifiant

Rezultate inițiale vizibile după **5 zile**



**ISISPHARMA
DERMATOLOGIE**

Despre neîncrederea în sine...

Atunci când în cultura din care faci parte educația a fost făcută prea multă vreme utilizând ca instrumente **vinovăția și rușinea**, ceea ce a rezultat firesc se evidențiază și prin concepții de sine subdimensionate. Astfel, constat în cabinet, că neîncrederea în sine și stima de sine scăzută sunt obișnuințe de funcționare pentru un număr foarte mare de persoane, multe dintre acestea acceptând aceste realități, precum înălțimea personală sau culoarea ochilor, adică, precum „un dat” nemodificabil. De cele mai multe ori, justificarea acestora rezultă din faptul că *așa am fost dintotdeauna...*

Psiholog psihoterapeut
Cristina Fîlîop
Cabinet Individual
de Psihologie
0722.509.713



Care este realitatea, de fapt?

Concepția de sine reprezintă ideea pe care o ai despre tine, despre cine și cum crezi că ești. Este legată de conștientizarea sinelui și a celorlalți și este o instanță ce cuprinde mai multe dimensiuni: imaginea de sine, stima de sine, încrederea în sine, idealul de sine, identificarea socială.

Atunci când conștientizarea de sine se întâmplă internalizând condiționări diverse, gen „te iubesc dacă ești cuminte”, „dacă ieși premiu, primești bicicleta” și înveți să te simți vinovat pentru ce simt sau ți se spune că simt alții, gen „m-ai supărat, mă doare sufletul”, „m-ai dezamăgit, ai luat notă mică la test”, etc., ajungi să crezi despre tine că nu ești valoros, că greșești mereu, că ești bun de nimic, și mai ales, că doar alții sunt capabili, inteligenți, buni și merituoși. Mai mult decât atât, dacă adaugi și că ai fost de asemenea învățat să te simți rușinat pentru orice greșeală, o notă

mică sau un rezultat mai slab la o competiție, iată parcursul până la neîncredere în sine și o slabă capacitate de autoevaluare.

Ca atare, devii din ce în ce mai exigent cu tine însuși/însăși și, cu cât aceste exigențe cresc, cu atât mai nemulțumit vei fi de rezultatele a ceea ce faci și a felului cum percepi că ești. Ceea ce ne face valoroși este intrinsec, nu poate fi modificat din exterior, iar în situația în care valoarea personală este autopercepută ca fiind redusă, neînsemnată, feedback-urile pozitive pe care le primim, sunt efemere și devenim rapid adictivi de acestea. Doar că, atunci când nu primim niciun feedback pozitiv sau percepem un feedback ca fiind negativ, stima de sine și de multe ori și încrederea în sine, se prăbușesc. Iată cercul vicios în care se blochează o persoană care nu-și cunoaște și nu-și înțelege valoarea și competențele.

Cum se poate rupe cercul vicios? În primul rând, este o realitate că tot ce învățăm se întâmplă prin repetare și eroare, deci este firesc să greșim. Asta nu ne face incompetenți, incapabili sau neputincioși, ci ne arată că este necesar să exersăm și să

perseverăm în direcția atingerii obiectivului fixat. Orice a făcut altcineva înaintea ta, cu excepția acelor performanțe care presupun talent sau antrenament susținut încă din copilărie, poți face și tu. Este despre investiție și efort și nu despre super puteri. Începi prin a-ți propune, fă-ți strategia de acțiune și pornește la drum. Privește înapoi la realizările tale și conștientizează ce te-ar ajuta să le obții, caută acele trăsături și competențe cu ajutorul cărora ai reușit să le faci să se întâmple, pentru că sunt ale tale și te vor ajuta și mai departe.

Fixează-ți obiective clare, dimensionate corect și realist și nu uita, primul pas este să vrei, dar mai ales, să crezi că poți să le atingi. Nu încerca, fă!

Apoi, nu uita să contabilizezi toate reușitele! Feedback-urile tale pentru tine, sunt cele mai prețioase. Este minunat să fim admirați sau/și apreciați, însă dacă noi nu credem că acele gratificări sunt justificate, dacă nu ne credim noi pe noi, dacă nu ne apreciem și nu ne admirăm, dacă nu ne respectăm și nu ne comportăm cu noi așa cum merităm, laudele din afară nu vor reuși să ne schimbăm propriile percepții.

„Îi lipsește drama sângelui, onestitatea transpirației și nu are apelul emoțional al lacrimilor”,

spunea despre salivă Irwin Mandel (1922 – 2011), medic stomatolog și fondator al prevenției stomatologice, biochimist, recunoscut pentru cercetările sale în domeniul salivei.

Xerostomia, așa numita „gură uscată”, este o afecțiune de care suferă 1 din 4 adulți.

Saliva naturală conține un echilibru complex de componente esențiale, care protejează țesuturile sensibile ale dinților și gingiilor. Orice reducere a fluxului de salivă poate duce la o afecțiune cunoscută sub numele de gură uscată sau, în termeni medicali, xerostomie. Gura uscată poate perturba echilibrul natural al cavității bucale și poate crea disconfort, sănătate orală deficitară, respirație urât mirositoare și poate chiar afecta starea generală de sănătate și confortul dvs.

Majoritatea cazurilor de xerostomie sunt efectul secundar al utilizării medicamentelor. Există sute de medicamente asociate cu xerostomia. Utilizarea simultană a 3 sau mai multe tipuri diferite de medicamente crește probabilitatea apariției xerostomiei cu 40%.

bioXtra este gama de produse pentru îngrijirea orală care a fost special formulată pentru a ajuta la ameliorarea uscăciunii cavității bucale, hiposalivației, indiferent dacă este temporară sau permanentă, și de a reglementa micromediul gurii. **bioXtra** completează sistemele naturale de protecție și lubrifiere din salivă, care sunt esențiale pentru o gură sănătoasă, confortabilă.

3 PAȘI SIMPLI PENTRU UN PLUS DE CONFORT ÎN GURĂ

Ingredientele speciale din **bioXtra** asigură o senzație imediată de hidratată și ajută la reglarea micromediului din cavitatea bucală.



PASUL 1 – CURĂȚAREA

Periați cel puțin de două ori pe zi cu pasta de dinți delicată pentru gură uscată **bioXtra**.

PASUL 2 - CLĂTIREA

Clățiți cu **Apa de gură ultra-delicată pentru gură uscată bioXtra** după periaj și, dacă doriți, la intervale regulate în timpul zilei pentru un plus de prospețime și confort.

PASUL 3 - HIDRATAREA

Pentru o lubrifiere și un confort de lungă durată, mai ales pe timpul nopții, aplicați **Gelul oral pentru gură uscată bioXtra pe gingii sau sub proteză**.

Pentru comoditate și hidratare imediată în timpul zilei, pulverizați **Spray-ul de gură tip gel pentru gură uscată bioXtra** direct în gură ori de câte ori este necesar.

Deoarece xerostomia poate provoca sensibilitatea și inflamația gingiilor care conduc la durere, produsele **bioXtra** nu conțin alcool, mentol, arome puternice sau detergent.

bioXtra calmează și protejează cavitatea bucală, iar avantajele oferite de această gamă de

produse sunt dovedite prin studiile clinice susținute.

- Calmează mucoasa orală rapid și pe durată îndelungată.
- Îmbunătățește funcționalitatea cavității orale, confortul și oferă o respirație proaspătă.
- Substitut al salivei naturale, inclusiv din punct de vedere al acțiunii.
- Reglează nivelul pH-ului mucoasei orale și previne acumularea plăcii bacteriene.
- Ușor de utilizat și prietenos cu cavitatea orală.
- Nu interacționează cu alte medicamente.

Folosite împreună zilnic, formulele unice **bioXtra** ameliorează simptomele de gură uscată (xerostomie), lasă în gură o senzație de prospețime și confort, zi și noapte, și ajută la menținerea sănătății orale.



Produsele bioXtra calmează și protejează gura uscată, dureroasă sau sensibilă!

Vă mulțumim pentru încredere!

Pharmconnect Services

+40 720 110 363;

office@pharmconnect.ro

www.pharmconnect.ro;

www.onconnect.ro

Blefarita la copilul mic

Blefarita (din gr. „blepharon” = pleoapă) reprezintă inflamația marginii palpebrale, adică a porțiunii libere a pleoapei care alunecă pe suprafața ochilor și care conține genele. Blefarita este o afecțiune foarte des întâlnită la orice vârstă și este una dintre cele mai frecvente motive de prezentare în serviciile de oftalmologie. Cu toate acestea, rămâne paradoxal cea mai puțin diagnosticată, deoarece tratamentele se adresează modificărilor pe care blefarita le produce în timp și nu afecțiunii în sine. Unul dintre efectele blefaritei cronice este sindromul de ochi uscat, care poate apărea chiar și la copii.

Dr. Georgiana Milea
Medic specialist oftalmolog



Marginea palpebrală este împărțită anatomic în două segmente - partea anterioară la nivelul căreia se implantează cilii palpebrali (genele) și partea posterioară, în contact cu suprafața oculară, care găzduiește orificiile a numeroase glande așa-numit meibomiene ce secretă sebum. Acest sebum este esențial pentru sănătatea oculară, deoarece formează o peliculă „uleioasă” care împiedică pe de o parte evaporarea lacrimilor și pe de alta acționează ca o barieră împotriva particulelor microscopice, împiedicând ata-

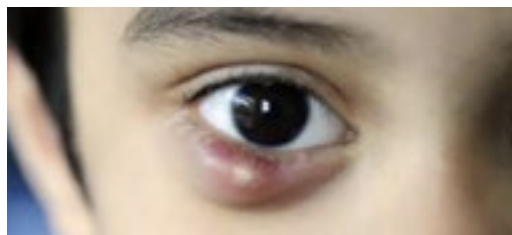
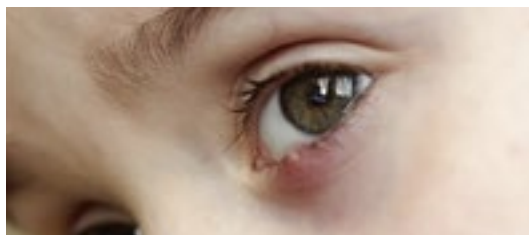
șarea lor direct de structurile anterioare ale ochiului. În funcție de partea pleoapei care este mai afectată, blefaritele pot fi de două tipuri - anterioare sau posterioare. Deseori, cele două apar în același timp.

Blefarita anterioară afectează rădăcina genelor și poate fi cauzată de paraziți de tipul acarienilor (*Demodex folliculorum*) care se atașează la baza acestor mici fire de păr și proliferază sub forma unor scuame foarte similare cu mătreața capilară. În urma iritației prelungite pe care o produc scuamele apare roșeața, disconfortul ocular, senzația de corp străin. Micii pacienți se pot prezenta cu simptome diferite - de la clipit des, mâncărime, la o aparentă aversiune la lumină, însă afecțiunea nu are predispoziție legată de vârstă. Tratamentul este

reprezentat de o igienă locală riguroasă cu șervețele umede sterile până la îndepărtarea completă a paraziților de la baza genelor. La copiii mai mari se pot folosi șervețele îmbibate cu o substanță extrasă din arborele de ceai, care întrerupe ciclul de viață al *Demodex* și care trebuie utilizată timp de o lună de zile pentru a acționa asupra acestora în toate stadiile evolutive.

Blefarita posterioară, care poate apărea în sine sau ca urmare a unei blefarite anterioare neglijate, afectează direct glandele care produc sebum. Înfundarea directă a glandelor determină apariția de orjelete („urciorul” în popor) sau chalazioane, iar secreția deficitară de sebum duce la ruperea peliculei protective pe care o creează acesta pe suprafața ochilor și la o evaporare mai rapidă a lacri-





milor, implicit la o predispoziție mai mare pentru infecții oculare (conjunctivite, keratite). Deși cu un tratament bine ținut infecțiile se remit, părinții observă la ceva timp după, că ochii sunt din nou roșii, că urciorul a reapărut, sau că „bubița” de pe pleoapă nu mai este roșie, dar s-a închistat. Situații uzuale, cum ar fi privitul la ecrane sau ieșirea în exterior declanșează înroșirea ochilor și usturime, simptome tipice pentru un deficit de film lacrimal. Colirurile locale tratează doar efectul, nu și cauza acestor recrudescențe. Simptomele sunt controlate pentru o vreme, însă tratamentele locale cu antibiotice și antiinflamatoare pe termen lung au propriile efecte secundare. În cazul chalazioanelor, tratamentele locale nu au decât un rezultat parțial, gestul curativ fiind o intervenție chirurgicală care, în cazul copiilor, se realizează sub anestezie generală.

După depășirea fazei acute, trebuie adresată predispoziția. Acest tip de blefarită, specific glandelor palpebrale, se tratează mecanic, prin aplicarea de căldură locală la nivelul pleoapelor, igienă și masaj palpebral. Căldura locală „topește” conținutul glandular, curățarea secrețiilor în exces eliberează porii glandelor, iar masajul ajută la golirea acestora. Masajul și curățarea se pot realiza simultan cu șervețe-

le umede sterile. Lunar, pentru a preveni suprainfecția se pot administra cure scurte de colir cu antibiotic. Tratamentul este însoțit de instilarea de lacrimi artificiale fără conservanți care să mențină o lubrifiere oculară satisfăcătoare până la reechilibrarea homeostaziei palpebrale, ceea ce, în funcție de caz, durează între 1-3 luni. Pentru simplificarea administrării, se pot folosi lacrimi artificiale sub formă de spray și măști perioculare cu dispozitive de autoîncălzire.

De obicei, blefaritele au o evoluție lentă, subclincă, însă la copii se pot manifesta agresiv. S-a observat că există o predispoziție de vârstă la copii între 3-5 ani și la adolescenți, când pot dezvolta o formă de blefarită care afectează sever suprafața oculară - blefarokeratoconjunctivita (BKC) - și care apare ca urmare a expunerii la *Staphylococcus aureus*. Deși contactul cu acest microb se poate realiza la orice vârstă, BKC la copil este mai severă prin prisma unui răspuns imun exagerat și a rapidității cu care se poate solda cu leziuni corneene ireversibile. Pe lângă tratamentul antibiotic, igiena palpebrală și instilarea de lacrimi artificiale au un rol substanțial în rezoluția acestei afecțiuni.

O altă particularitate a blefaritelor la copii este dată de im-

portanța unei diete echilibrate. Alimentația bogată în grăsimi (mezeluri, cașcaval) și săracă în legume și surse de acizi grași omega-3 (pește, nuci, alune) determină, printre altele, creșterea vâscozității sebumului și blocarea orificiilor glandulare de la nivelul pleoapei. Acest dezechilibru întreține predispoziția către blefarite posterioare și poate fi modificat printr-o abordare nutrițională corespunzătoare. În perioada de tratament se pot administra suplimente alimentare cu Omega-3, însă dieta echilibrată este un reflex ce trebuie învățat și menținut întreaga viață.

Înțelegerea patologiei și a cauzelor blefaritei este un pas în plus către succesul tratamentului care, de cele mai multe ori, se întinde pe mai multe luni și solicită multă răbdare și perseverență din partea părinților. Deși nu există o soluție de vindecare rapidă, depistarea semnelor incipiente la un control de rutină poate scuti de multe complicații și intervenții potențial traumatizante pentru copii.



Recepție: 0219252;
0730 593 534 / 0764 740 081
E-mail: office@oftapro.ro;
Bd. Mărășești nr. 15, Sector 4,
București, www.oftapro.ro

Osteoporoza - algoritm explorator

Pe parcursul vieții adulte, osul suferă un proces continuu de remodelare. Osul vechi este resorbit de osteoclaste, iar osteoblastele formează un os nou, mai rezistent. Acest fenomen se petrece în locurile unde stressul mecanic este mai mare și unde pot apare microfracturi. Stimulul inițial ce dă semnalul de începere a unui ciclu de remodelare nu este cunoscut. În mod normal procesele de formare și resorbție osoasă sunt cuplate, astfel încât în procesul de remodelare nu există o pierdere netă de masă osoasă. Când această balanță este dezechilibrată, apare pierderea de masă osoasă.

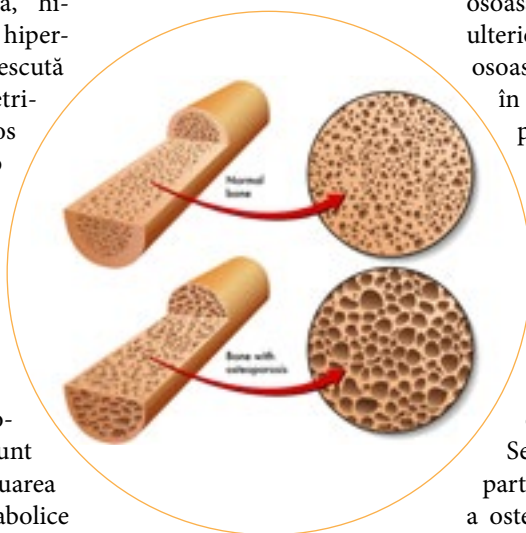
Conf. Univ.
Dr. Herghelegiu
Anna Marie



decât într-un singur punct al scheletului. Totuși ea furnizează informații cu privire la rata statică și în dinamică a formării și resorbției osoase, precum și procentul de os ce suferă aceste procese active.

te determina turnover-ul osos. Estimarea formării și resorbției osoase poate fi valoroasă în special în cazurile în care se pierde rapid masă osoasă: resorbția crește rapid imediat după instalarea menopauzei și precede pierderea de masă osoasă ce poate fi măsurată ulterior. Markerii resorbției osoase sunt deci importanți în identificarea precoce a pacienților ce necesită tratament profilactic pentru a inhiba pierderea osoasă.

În cele mai multe boli osoase (osteoporoză, hiperparatiroidism, hipertiroidism) este crescută resorbția osoasă în detrimentul formării de os nou, deși poate apare o pierdere netă de masă osoasă și în condițiile unui turnover osos scăzut. Modificările în rata turnover-ului osos sunt determinanți importanți în bolile osoase și măsurări corelate cu această rată sunt teoretic utile în evaluarea pacienților cu boli metabolice osoase. Inițial, singurul mod de determinare a turnover-ului osos era histomorfometria osoasă. Această metodă este însă scumpă și invazivă și nu determină turnover-ul osos



Deși măsurarea masei osoase (BMD) este considerată în prezent cea mai bună metodă pentru screeningul celor cu risc de osteoporoză, ea nu poa-

S-au dezvoltat o serie de tehnici ce pot estima turnover-ul osos, toate măsurând rata de formare/ degradare a matricei osoase. Se poate măsura pe de o parte activitatea enzimatică a osteoblastelor/osteoclastelor, pe de altă parte componente ale matricii osoase eliberate în circulație.

Studii recente au demonstrat că markerii turnover-ului osos pot fi utili în determina-

Bio Active MC, produs japonez de excepție!



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

Iată două cazuri pe care le urmărim de mai multă vreme:

Pacient, 45 ani din Prahova. Anul trecut se simțea obosit, fără o formă fizică bună. A făcut analize, printre care și cele hepatice și s-a observat că valorile TGO și TGP aveau valori foarte mari, peste limita admisă, TGP având chiar valoare dublă. A hotărât să administreze **Oyama Agaricus Bio Active MC**, câte 2 pliculețe/zi. După o perioadă, a refăcut probele hepatice și a observat că TGP ajunsese la limita maximă superioară, iar TGO, care era cu 10 unități mai mare decât limita superioară, a ajuns la normal. A continuat cu Oyama **Agaricus Bio Active MC** și anul acesta, când a reluat analizele, TGP și TGO au avut valori normale.

Pacientă în vârstă de 41 ani, fără alte afecțiuni, a observat că i s-au inflammat doi ganglioni (care erau și ușor dureroși) în zona gâtului. Medicul a recomandat urmărirea lor și investigarea peste câteva luni. Între timp, pacienta a decis să încerce câte 2 pliculețe/zi de **Bio Active MC**, la recomandarea farmacistului. După 2 luni de administrare zilnică, a observat scăderea dimensiunii ganglionilor, precum și faptul că aceștia nu mai dureau. Pacienta a decis să continue administrarea de **Oyama Agaricus Bio Active MC** până la investigațiile propuse de medic.

paradisulverde.com
Telefon: 0770591048
paradisulverde.com/bioactivemc



Importator:
Euro Japan Trading

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:

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

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.

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!



rea ratei viitoare de pierdere osoasă și pot furniza informații independente de măsurarea BMD despre riscul fracturilor. În cele mai multe studii există o corelare semnificativă între markerii osoși și rata pierderii de masă osoasă. Utilitatea dia-

gnostică a unei singure determinări este mică, deoarece s-a constatat că la indivizii cu un turnover osos lent, rata pierderii osoase este între 0-10%/an. Totuși, o persoană cu nivele crescute ale markerilor osoși au un risc mult mai mare de a

pierde mai multă masă osoasă decât o persoană cu aceste nivele în limite normale.

În osteoporoza postmenopauzală, markerii osoși au valoare predictivă pentru rata de pierdere osoasă, riscul apariției fracturilor și pot fi folosiți pentru monitorizarea răspunsului la tratament.

Există aparate DXA cu o sursă ce generează raze X într-un singur fascicul, iar receptorul este situat pe același braț mobil deasupra pacientului, sursa și receptorul baleând în spirală în jurul segmentului studiat. Aparatele DXA mai noi folosesc surse de raze X cu fascicule divergente și mai mulți receptori amplasați deasupra segmentelor anatomice investigate. Avantajul acestor aparate este obținerea unor rezultate mai rapide, < 1 min., spre deosebire de sistemele cu braț baleabil ce necesită între 4-6 min. pentru măsurarea BMD la nivelul coloanei vertebrale.

Se consideră că BMD determinat prin DXA la nivelul coloanei vertebrale și al șoldului are aceeași valoare discriminativă pentru pacienții cu fracturi vertebrale și identifică pacienții cu risc de osteoporoză în mod egal. Efectuarea ambelor măsurători nu crește valoarea predictivă pentru riscul de fractură sau osteoporoză.

Alte metode de determinare a BMD sunt computer tomografia cantitativă și tehnici de determinare tridimensională a calității țesutului osos cum sunt: micro computer tomografia, tehnici bazate pe rezonanța magnetică nucleară, spectroscopia cu infraroșii și nanoidentificația.

Determinarea masei osoase este cel mai bun predictor al riscului de fractură, iar Absorbțimetria Dublă cu Raze X (DXA) este considerată metoda „de aur” pentru determinarea BMD. Avansarea tehnicilor de măsurare a BMD în practica clinică în ultimii 15 ani este similară cu impactul pe care 1-a avut sfigmomanometrul în determinarea tensiunii arteriale sau măsurarea colesterolului ca factor de risc pentru bolile cardiovasculare și infarctul miocardic acut. Studiile epidemiologice consideră că determinarea BMD reprezintă 60-70 % din totalul factorilor de risc de fractură. Principala inconveniență a densitometriei simple este faptul că nu putea determina BMD la nivelul șoldului sau al coloanei vertebrale.



Clinica Ophtalens T, clinică oftalmologică privată din Cluj-Napoca, specializată în tratamentul chirurgical al cataractei, efectuează servicii medicale de cea mai bună calitate, atât în regim privat, cât și gratuit pentru pacient, respectiv cu decontare din partea Casei de Asigurări de Sănătate pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie.

Cataracta reprezintă o afecțiune oftalmologică frecvent întâlnită, preponderent la populația vârstnică, ce provoacă o scădere progresivă a acuității vizuale datorită opacifierii cristalinului.

Apariția cataractei este determinată de mulți factori, dar principalul factor în majoritatea cazurilor este înaintarea în vârstă. De asemenea, cataracta poate fi ereditară, iar de cele mai multe ori sunt afectați ambii ochi.

Printre simptomele specifice ale cataractei se numără:

- vedere încetșosată sau neclară;
- culori percepute ca fiind lipsite de intensitate sau șterse;
- modificare frecventă a dioptriilor;
- fotofobie;
- incapacitatea de a aprecia corect distanțele, vedere dublă sau distingere a mai multor imagini ale unui singur obiect.

Tratamentul cataractei este eficient doar prin intervenție chirurgicală, în care medicul chirurg înlocuiește conținutul sacului cristalinian natural opacifiat cu un cristalin artificial. Prin micro-incizii de doar 2 mm, medicul dezintegrează și extrage cristalinului cataractat, printr-o procedură numită faco-emulsificare, după care introduce și fixează în sacul cristalinian, un cristalin artificial monofocal sau multifocal.

Tehnologia avansată face ca operația de cataractă să se poată efectua chiar și în ambulatoriu, sub anestezie locală, intervenția propriu-zisă durând aproximativ 15 minute. Pacientul va observa îmbunătățirea vederii în primele zile postoperator și treptat ochiul se va vindeca total.

În ultimii 6 ani au fost efectuate cu succes în cadrul **Clinicii Ophtalens T** peste 5500 de intervenții chirurgicale pentru tratarea cataractei.

În cadrul clinicii noastre implantarea de cristalin poate fi decontată de către Casa de Asigurări de Sănătate Cluj și se realizează într-un sistem similar cu cel dintr-o unitate medicală publică: intervenția se realizează în regim de spitalizare de zi (până la 12 ore), iar pacientul achită doar contravaloarea cristalinului artificial. Oferim o gamă variată de cristaline artificiale, atât monofocale, cât și multifocale, iar internarea se face pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie și a cardului de sănătate.

Pe lângă tratamentul cataractei, în cadrul **Clinicii Ophtalens T** din Cluj-Napoca se efectuează în regim privat și intervenții chirurgicale pentru tratarea altor patologii oftalmologice precum: vicii de refracție (intervenții cu Laser Excimer pentru corecția dioptriilor), strabism, glaucom, keratoconus, dezlipire de retină, hemoragii în vitros, tumori intra și extra oculare sau tulburări palpebrale;

La **Clinica Ophtalens T** punem accentul pe calitate prin interesul permanent în a utiliza echipamente și sisteme de ultimă generație și prin oferirea de servicii accesibile tuturor pacienților.

Mai multe informații despre serviciile noastre găsiți pe website-ul nostru: www.ophtalens.ro

Telefon: 0264 448824/ 0786 289881 / 0264 448825/ 0786 289882

E-mail: office@ophtalens.ro

Locații:

Clinica Ophtalens T

Bld. 21 Decembrie 1989 nr. 137, mezanin, Cluj-Napoca, Cluj

Puncte de lucru:

Str. Bobâlna nr. 6, Gherla, jud. Cluj.

Str. Crinilor nr. 1, sc. A, Bistrița, jud. Bistrița-Năsăud



Voluntastrols® în Neuroinflamație și Depresie

Prevalența tulburărilor psihice este în continuă creștere, depresia fiind în prezent una dintre principalele cauze ale dizabilității la nivel mondial și se presupune că va deveni printre cele mai frecvente boli alături de cele cardiovasculare.

Farmacist Iulia Vasilache

Teoriile legate de afecțiunile psihice au evoluat dincolo de „ipoteza serotoninei” (Cowen & Browning 2015) fiind recunoscut că inflamația cronică este un factor de risc și un aspect cheie în fiziopatologia tulburărilor legate de sănătatea mintală.

Jurnalul American de Psihiatrie a publicat în anul 2015 o analiză asupra a 200 de lucrări științifice despre depresie și inflamație. Inflamația cronică este un factor ce determină instalarea depresiei și nu este asociată doar cu boli precum diabetul și cancerul, ci inflamația sistemică poate produce probleme de sănătate mintală.

S-a observat că pacienți care suferă de depresie au concentrații crescute cu până la 50% a doi markeri inflamatori Proteina C Reactivă (CRP) și interleukina 6 (IL-6). Studiul a arătat că depresia cauzată de inflamația cronică este rezistentă la antidepressivele clasice (Kiecolt-Glaser, 2015).

Un alt studiu arată că inducerea inflamației prin administrarea de substanțe inflamatorii la subiecții sănătoși creează tulburări ale dispoziției și se asociază cu simptome depresive crescute (Clapp et al. 2017).

Neuroinflamația poate fi declanșată de leziuni traumatice ale creierului, accidente vasculare cerebrale, metaboliți toxici, hemoragii cerebrale, anevrisme, procese autoimune, stres, oboseală cronică, infecții etc. Intensitatea și durata inflamației influențează răspunsul imun la

nivel cerebral, astfel că un grad mare de inflamație cronică dăunează foarte mult sistemului nervos și este caracteristic bolilor neurodegenerative precum Alzheimer și Parkinson.

O teorie recentă susține că pentru omul modern, expus stresului, mediului poluat, alimentației aditivitate și stilului de viață sedentar, a scăzut dramatic reziliența (rezistența) psihică (Morely și Seneff 2014). Imposibilitatea organismului de a-și furniza și de a utiliza substanțele nutritive importante pentru sănătatea creierului afectează profund capacitatea organismului de a se vindeca spontan după anumite tipuri de leziuni cerebrale și face creierul mult mai susceptibil neurodegenerării.

Metaboliți secundari ai plantelor (eSPM) în afecțiunile neurodegenerative

Datorită înțelegerii unice asupra metaboliților secundari ai plantelor eSPM și a metodelor avansate de extracție dezvoltate în ultimii 15 ani, echipa de cercetare a firmei Naturally Pure Products din Noua Zeelandă a identificat anumiți metaboliți secundari cu rol neurotrofic, neuroregenerativ și de modulare neuroinflamatorie, cu performanță și calitate constantă, cu mult peste cele ale unui simplu extract standardizat.

A fost conceput produsul **Voluntastrols®**, un complex de fitomolecule active cu efect de îmbunătățire a dispoziției, energiei și funcției cognitive.

Fitomoleculele active din **Voluntastrols®** protejează neuronii împotriva leziunilor induse de neurotoxine și neuroinflamație, sprijină

funcția neuronală și regenerarea neuronală, îmbunătățește memoria și învățarea, reduce riscul de tulburări neurodegenerative legate de vârstă (Camandola, Plick & Mattson, 2018). Sunt activate căile de semnalizare intracelulare ce stimulează plasticitatea neuronală, răspunsul la stres celular și rezistența celulară (Ramos-Hryb et. Al. 2018).

Unii ingredientii activi din **Voluntastrols®** posedă o acțiune neuroprotectoare mai puternică decât vitaminele antioxidante (Kumar & Khanum, 2012). În plus activează factorul neurotrofic derivat din creier (BDNF); nivelul înalt de BDNF ajută la susținerea supraviețuirii neuronilor existenți, stimulează neurogeneza și diferențierea neuronală. Nivelurile scăzute ale BDNF sunt asociate cu boala Alzheimer, îmbătrânire accelerată, dezvoltare neuronală slabă, disfuncția neurotransmiterii, obezitate, depresie și declin cognitiv;

Metaboliții secundari prezenți în **Voluntastrols®** susțin procesul de detoxifiere a SNC (Sistemul Nervos Central) în timpul somnului; detoxifierea este realizată de sistemul glimfatic ce este un sistem unic de canale perivascularare ce asigură eliminarea eficientă a toxinelor, proteinelor și metaboliților, inclusiv a plăcilor β-amiloid răspunzătoare de degradarea și moartea neuronală.

Neuroinflamația, stresul oxidativ și scăderea considerabilă a nivelului de Glutathion sunt caracteristice bolii Alzheimer și Parkinson precum și altor afecțiuni psihice.

Studiile demonstrează că modularea răspunsului inflamator de către fitomoleculele naturale, precum polifenolii din **Voluntastrols®** și suplimentare cu **Glutathion în formă lipozomală** exercită un rol important în prevenirea și ameliorarea multor boli inflamatorii cronice, inclusiv depresia, scăderea rezilienței psihice și a bolilor neurodegenerative.

VOLUNTASTROLS®



Beneficii clinice

- ✓ Reduce și modulează neuroinflamația;
- ✓ Activează factorul neurotrofic BDNF;
- ✓ Neuroprotectiv;
- ✓ Sporește neuroplasticitatea;
- ✓ Pătrunde prin bariera hemato-encefalică;
- ✓ Acționează la locul inflamației;

Indicații terapeutice

- ✓ Depresie, distimie, tulburări de dispoziție, tulburare bipolară;
- ✓ Oboseală mentală;
- ✓ Migrene;
- ✓ Tulburări ale funcțiilor cognitive, tulburări de spectru autist;
- ✓ Declin cognitiv progresiv asociat cu îmbătrânirea;
- ✓ Disfuncție neurologică și simptome cauzate de leziuni cerebrale, accident vascular cerebral (AVC), comoție cerebrală;
- ✓ Demență, boala Alzheimer, boala Parkinson;
- ✓ Simptome neurologice asociate cu efectele adverse ale substanțelor medicamentoase;

Contact: tel. 0754/045.411
E-mail: office@hyperfarm.ro

www.HyperNatura.com

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 miș-

care 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 alimentelor 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!

OptiFibre®

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

Ziua	Număr de lingurițe de OptiFibre®					
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-10 ani		
	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	
	Dacă maximă 3x			Dacă maximă 3x		

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



Decare ușoară



Fără gluten

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

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

www.nestlehealthscience.ro/optifibre

 **Nestlé**
HealthScience

*Studiu efectuat în perioada februarie – martie 2019 pe un eșantion de 236 de persoane cu probleme de tranzit intestinal.



„Timpul critic de la debutul unui AVC până la intervenția medicului”

Conf. Dr. Cristina Tiu, Șef Clinică Neurologie
Spitalului Universitar de Urgență București

Noțiunea de terapie asistată de dispozitive a apărut ca urmare a marilor progrese realizate în ceea ce privește terapia bolilor neurologice. Aș începe cu bolile cerebro-vasculare. În acest domeniu avem procedura de tromboctemie în acut, adică extragerea trombilor din artere cu ajutorul unor dispozitive. De asemenea, avem procedura de angioplastie cu implantare de stent, care previne recurența accidentelor vasculare prin introducerea de stenturi pe arterele cervico-cerebrale. Tot în cadrul afecțiunilor cerebro-vasculare, în cazul anevrismelor, acestea pot fi embolizate pe cale endo-vasculară prin introducerea unor spire în anevrism. Un alt domeniu este cel al epilepsiei, unde la ora actuală se practică chirurgia focarului epileptogen prin tehnici foarte sofisticate de identificare și cartografiere a focarului epileptogen prin implantarea unor electrozi, după care se poate face intervenția neurochirurgicală, sub controlul encefalografic. Astfel pot fi rezolvate epilepsiile rezistente la tratament. Boala Parkinson și alte tipuri de tulburări de mișcare pot beneficia de implantarea unor stimuloare cerebrale care prin influențarea transmiterii sinaptice la nivelul ganglionilor bazali pot ameliora hipokinezia sau tremorul.

Referitor la neuroinfecții. Mulți dintre pacienți au avut complicații neurologice datorate infecției cu SARS-Cov-2, fie legate de creșterea riscului de tromboze, având drept consecință apariția de accidente vasculare cerebrale, fie prin tropism direct asupra sistemului nervos central sau periferic, având drept rezultat encefalite sau poliradiculonevrite.

În afară de pandemie, din cauza faptului că spitalele de boli infecțioase au fost dedicate aproape în exclusivitate doar pacienților cu Covid -19, ne-am confruntat cu un număr crescut de cazuri de meningo-encefalite sau alte boli bacteriene sau virale, pe care în mod obișnuit nu le tratam noi. Adesea ne confruntăm cu asemenea cazuri când, de exemplu avem pacienți cu encefalită care

se prezintă la camera de gardă cu o criză epileptică, cu cefalee, cu un deficit motor focal. Evident, odată diagnosticat, transferam acești pacienți dar în perioada pandemiei, acești pacienți au fost tratați în secții de neurologie. Pe lângă foarte mulți pacienți cu encefalite pe care i-am tratat, am tratat și pacienți cu tetanos, precum și o serie de alte patologii infecțioase.

Eu sunt coordonatorul național al programului ”Acțiunii Prioritare pentru Tratatamentul Intervențional al Pacienților cu Accident Vascular Cerebral Acut”. Toate datele legate de numărul de accidente vasculare cerebrale, numărul de trombolizări și trombectomii sunt înregistrate în fiecare trimestru. Comparând datele din 2020 cu cele din 2019, am constatat o reducere cu 25% a numărului de accidente vasculare spitalizate. Acest lucru se datorează de fapt pandemiei cu Covid-19, pentru că de fapt incidența AVC nu a scăzut. Accesul limitat al pacienților la spital sau la medic a dus la o degradare importantă a stării de sănătate a populației. În partea a doua a intervalului e pandemie ne-am confruntat cu o afluență mare de pacienți la camera de gardă (a SUUB) determinată pe de o parte de menținerea unui număr important de spitale strict pentru pacienții depistați pozitivi la infecția cu SARS-Cov-2 și pe de altă parte crearea în alte unități sanitare (cum a fost și cazul spitalului nostru, SUUB) de circuite care au permis internarea atât a pacienților pozitivi cât și negativi.

În cazul pacienților cu scleroză multiplă situația nu este la fel. În acest caz de face o distribuție de medicație în farmacia cu circuit închis, iar pacienții se prezintă din 3 în 3 luni la spital. În prima etapă a pandemiei noi am venit în întâmpinarea lor pentru că un bolnav cu o boală autoimună se expune mai mult dacă este nevoit să se deplaseze. Am creat anumite

proceduri și facilități, încât au putut să se prezinte membri ai familiei pentru ridicarea medicației. De asemenea, am oferit consultații online.

A fost aprobată o procedură operațională pilot privind prenotificarea în cazul pacienților cu accident vascular cerebral acut. Procedura a fost aprobată prin Ordin al ministrului Sănătății.

Practic, acest ordin preia o parte din protocolul pre-spital. Pentru București, unde există 7 spitale care pot să acorde acest tratament, protocolul pune la punct etapele în care personalul serviciilor de ambulanță identifică corect accidentul vascular cerebral și din momentul în care ei constată că pacientul este eligibil pentru tratamentul trombolitic prenotifică spitalul. Practic, personalul medical de ambulanță sună la spitalul la care intenționează să ducă pacientul și îi anunță că vine un posibil caz de tromboliză/trombectomie. Scopul acestei acțiuni este scurtarea timpului de intervenție în spital. Metodele terapeutice sunt cu atât mai eficiente cu cât timpul scurs de la primele semne de debut ale accidentului vascular cerebral până la aplicarea metodei terapeutice este mai scurt. Dacă se depășesc 4,5 ore pentru tromboliză sau 6 ore pentru procedurile endo-vasculare (trombectomie), în marea majoritate a situațiilor acestea nu mai pot fi aplicate. Există unele excepții dar acestea necesită o dotare tehnologică mai specială.

În momentul în care pacientul vine la o cameră de gardă,

un centru de primiri urgențe, aglomerat, cum e cel din Spitalul Universitar, există riscul ca nefiind identificat la timp ca un pacient eligibil pentru una din aceste metode să iasă din fereastra terapeutică. Demersul nostru este legat de faptul că în momentul în care se pre-notifică o tromboliză, neurologul să preia imediat pacientul. Un astfel de pacient necesită o tomografie și alte investigații pentru confirmarea diagnosticului.

Dupa al 3-lea val de pandemie, am realizat împreună cu doamna doctor Alice Grasu un instructaj în care am cuprins 400 de angajați ai serviciului de ambulanță București-Ilfov legat de acest protocol, de accidentul vascular și au început să apară primele prenotificări.

Noi monitorizăm din 2014 trombolizele – avem Registrul Național de Trombolize. Fiecare pacient trombolizat e monitorizat cu toți timpzii. Este un indicator care se numește „door to needle” în engleză, adică intervalul de timp din momentul în care pacientul a intrat pe ușa spitalului până la momentul aplicării tratamentului. Acest parametru este foarte strict monitorizat, cu toți timpzii intermediari ca să determinăm unde se depășesc intervalele recomandate (analize, CT etc). Pentru România, „door to needle” pentru toate centrele de AVC este de aproximativ 53 de minute, suntem sub 1 oră în medie. Avem centre care au deja „door to needle” de aprox. 30 minute. Este foarte bine pentru că s-a pornit de la 70 de minute.

Particularități ale demenței în timpul pandemiei cu COVID-19

În perioada pandemiei cu Covid 19 s-a observat o tendință de creștere a incidenței tulburărilor psihice și de comportament, raportările fiind făcute de la nivelul cabinetelor medicilor de familie. În perioada 2007-2016 se constată o creștere de la 1005,5‰ locuitori în 2007 la 1181,6 ‰ locuitori în 2016, cu un vârf în 2011 de 1494,2 ‰ locuitori și în 2012 de 1495,6 ‰ de locuitori. Din 2013, valorile ratei oscilează puțin de la un an la altul. Astfel la nivel național sunt zone în care incidența este mai ridicată, peste medie, ca de ex. județele Tulcea, Harghita, Covasna, Mureș, Alba, Hunedoara, Vrancea, Mehedinți, centrul și vestul țării înregistrând valori mai ridicate ale incidenței bolilor psihice. Dacă ținem cont de mediul de proveniență, în mediul urban incidența este mai crescută, respectiv 1229 ‰ față de 1126,5 ‰ în rural, iar în rândul femeilor, incidența bolilor psihice și inclusiv boala Alzheimer e mai ridicată.

Prof. Univ.
dr. Cătălina Tudose
Președintele Societății
Române Alzheimer



lorile crescând de la 1143,4 0/000, la 2272,6 0/000 de locuitori. Din punct de vedere al prevalenței, județele cu un număr mai ridicat de cazuri sunt: Argeș, Vâlcea, Timiș, Hunedoara, Buzău. Aceste informații ar trebui să conducă la dezvoltarea de servicii de specialitate cu precădere în aceste zone.

S-a înregistrat o frecvență mult mai mare a simptomelor de tip depresiv, anxios, dar și modificări comportamentale de genul cumpărăturilor iraționale, vizionarea excesivă a programelor TV, expunere crescută pe rețelele de socializare. Regimul de lock-down și carantina au contribuit de asemenea la apariția tulburărilor

Referitor la prevalență, cifrele arată că între anii 2007 și 2016, aceasta aproape s-a dublat, va-

dispoziționale, în special iritabilitatea, labilitatea emoțională, disforia și creșterea comportamentelor la risc, cum sunt jocurile de noroc online, consumul ridicat de băuturi alcoolice (acesta fiind dovedit și de creșterea importantă a vânzărilor în foarte multe țări), toate aceste comportamente la risc ducând la rândul lor la o creșterea riscului de abuz fizic și sexual.

Studiile constând în chestionare aplicate online în perioada ianuarie-februarie 2020 au dovedit o prevalență a simptomatologiei anxioase de intensitate moderată până la severă la 29% dintre persoanele evaluate și o prevalență a depresiei moderate până la severe la 19% dintre persoanele evaluate, concluziile fiind acelea că în această perioadă riscul de dezvoltare a unei tulburări anxioase sau depresive a fost crescut, iar acest risc este mult mai ridicat la persoanele vârstnice, la persoanele cu o imunitate scăzută, la cei ce suferă de boli cronice și cei ce trăiesc în comunități confruntate cu situații speciale, precum conflictele armate sau crizele umanitare.

În Statele Unite ale Americii la tineri, aceste efecte asupra sănătății mintale sunt mai accentuate, cu o 1 persoană cu depresie din 10, respectiv 2 persoane cu anxietate din 10.

Persoanele infectate cu virusul SARS-CoV-2

O altă categorie de persoane, aflate la risc pentru a dezvolta o tulburare psihiatrică de tip dispozițional sau comportamental, este reprezentată de cei ce au trecut prin infecția COVID-19. Desigur, cu cât simptomatologia infecțioasă a fost mai intensă, cu atât consecințele referitoare la sănătatea mintală au fost proporțional, mai semnificative. Pentru persoanele infectate cu virusul SARS-CoV-2, lipsa de contact cu familiile și/sau cu cei dragi în timpul perioadei de carantină a produs instabilitate emoțională. Au fost raportate rate ridicate ale simptomelor de tip tulburare de stres posttraumatic la persoanele externate din spital, acolo unde în condiții de izolare specială, deși nu prezentau complicații severe ale bolii, însăși faptul că nu puteau vedea fața medicului sau ale celorlalte cadre medicale care îi trata, a oamenilor care erau în jurul lor, a dus la soluția ca personalul medical să-și afișeze o fotografie portret precum și numele vizibil, astfel încât, cel pe care îl trata să aibă un reper, lucru foarte important din punct de vedere psiho-emoțional. În urma sindromului respirator acut au debutat tulburări anxioase, în special atacuri

de panică, dar și depresii și tulburări de stres post-traumatic. Pentru cei internați la ATI, care au avut o simptomatologie gravă, sau au fost intubați pentru o durată lungă, au fost raportate tulburări cognitive, neurologice dar per global, cel mai frecvent, sindromul depresie și stres post-traumatic.

Manifestări

25% dintre pacienții infectați cu SARS COV-2 au avut manifestări ale sistemului nervos central, principalele fiind: amețeli, cefalee, tulburări de conștientă. Pacienți spitalizați cu sindrom de detresă respiratorie acută din cauza COVID-19 au prezentat: agitație (69%), confuzie (65%), semne ale afectării tractului corticospinal (67%). În mare parte toate aceste simptome sunt reversibile în timp. Pe de altă parte, trebuie să ținem cont de o serie de factori psiho-sociali, referitori la starea emoțională și consecințele psihologice ce pot apărea. În primul rând sunt frecvența și gradul de expunere la boală, teama de a nu îi infecta pe ceilalți membrii ai familiei. A fost o perioadă lungă în care nu a existat un acces la testare și la asistență medicală generală. Distanțarea fizică, izolarea, singurătatea, toate acestea au avut un impact semnificativ asupra sănătății mintale. De asemenea au contat și mesajele și directivele, de multe ori neconforme cu privire la măsurile de sănătate publică – oamenii nu înțelegeau exact despre ce este vorba. Creșterea volumului de muncă, trecerea

la sistemul online, modificări în stilul de muncă, greutățile economice și nesiguranța financiară ale acestei perioade, lipsa resurselor disponibile și a echipamentelor de protecție, sau a altor resurse, alimente, medicamente, toate acestea au dus la creșterea stresului zilnic și la nesiguranță. Diminuarea libertăților personale, au fost suportate greu de unele persoane, și nu în ultimul rând informații permanente și neclare despre pandemie din partea mass-mediei care au indus o stare de profundă incertitudine. În concluzie, aproximativ 20 până la 40% dintre pacienții care au fost infectați cu COVID-19, au avut simptome neuro-psihice asociate mai ales stărilor confuzionale, deci stărilor de delirium. Vorbim despre persoane cu forme mai grave de boală, care au necesitat spitalizare, acestea prezentând frecvent insomnie, tulburări prosexice, anxietate, tulburări amnezice, stări confuzionale.

Personalul care a îngrijit pacienți infectați

O altă categorie la care e bine să ne gândim când ne referim la factori de risc pentru tulburări psihice, este reprezentată de personalul care a îngrijit acești pacienți și în rândul cărora s-au înregistrat simptome psihice moderate până la severe într-o proporție mai mare comparativ cu populația generală: anxietate 15-20%, depresie 15-25%, insomnie 8% și tulburare de stress post traumatic 35-49%.

Contactul prelungit cu pacienții infectați, antecedentele de afecțiuni medicale generale, tulburările psihice sau simptomele de COVID 19, petrecerea unui timp prelungit în carantină, lipsa sprijinului organizațional, și anume a instituțiilor de care aparțin și stigma socială îndreptată împotriva acestora reprezintă principalii factori de risc în rândul acestei categorii profesionale. Pe de altă parte, printre factorii de protecție, se numără: accesul la echipamente de protecție, existența unor grupuri de suport, accesul la consiliere psihologică, nivelul ridicat al încrederii în măsurile de control pe care instituția le ia și de asemenea siguranța acordată de instituția respectivă. Toate acestea pot proteja și au protejat în anumite situații personalul medical implicat direct în tratarea și monitorizarea pacienților infectați cu virusul SARS COV-2.

Persoanele cu tulburări psihice preexistente

Aceștia reprezentând o categorie vulnerabilă în fața unei pandemii. Externările timpurii (sau refuzarea internării, dacă nu reprezentau urgențe) din unitățile psihiatrice, urmate și de întreruperea îngrijirii psihiatrice în condițiile ambulatorii au avut drept consecințe negative recăderea, comportamentul suicidar, sporirea dificultăților de îngrijire din partea familiei. Regimul de carantină și izolarea la domiciliu, întreruperea rutinelor zilnice, au



afectat în special persoanele cu probleme de sănătate mentală preexistente determinând exacerbarea simptomatologiei și o nevoie crescută de îngrijire și de servicii de sănătate adecvate. În același timp, distanțarea socială a redus, în unele situații, disponibilitatea sprijinului familial, social și medical. În timpul pandemiei cu COVID-19, au fost raportate agravarea simptomatologiei și vulnerabilitate crescută pentru tulburări alimentare, suferințe din spectrul autist, demență, precum și dizabilități cognitive. A fost raportată o rată a decompensării de până la 21% cu comorbidități psihiatrice precum anxietatea, depresia, insomnia, atribuite fricii de boală, restricțiilor de deplasare, izolării la domiciliu. La pacien-



ții cu tulburări afective, precum anxietatea, depresia, tulburarea bipolară, s-a relevat agravarea bolii, prin incapacitatea de a primi tratamentul adecvat, prin epuizarea rezervelor de medicamente pe care le aveau până la data izbucnirii pandemiei.

Cum sunt afectați vârstnicii cu tulburări neuro-degenerative?

Pentru persoanele diagnosticate cu proces de neuro-degenerare, pandemia are un risc mare de infecție cu evoluție nefavorabilă –risc este de 3 ori mai mare la persoanele cu demență, mortalitate crescută. Spre deosebire de vârstnicii fără tulburări cognitive, suferinzii de demență sunt în mod special vulnerabili la consecin-

țele psiho-sociale ale pandemiei prin: neînțelegerea situației, respectarea cu dificultate a regulilor de igienă și a distanțării, stări confuzionale și probleme comportamentale, folosirea excesivă a medicației în absența altor servicii, probleme speciale de comunicare, singurătate, sentimentele de abandon pe care le-au trăit mulți pentru care familia nu a fost disponibilă să se deplaseze, absența activității și a stimulării. Impactul asupra persoanelor cu demență și a familiilor acestora este tradus prin creșterea mortalității în primul rând, urmată de izolarea socială și depresia, tulburările de comunicare tot mai deficitare. De asemenea pentru persoanele cu demență există un risc ridicat de creșterea a prevalenței tulburărilor

psihice și de comportament, a anxietății, depresiei, stării confuzionale, folosirea excesivă a tratamentului medicamentos, scăderea îngrijirii medicale per-global, creșterea stigmatizării datorită incapacității acestor persoane de a înțelege și de a respecta măsurile de igienă. Dificultatea până la incapacitatea a acestor oameni de a-și putea satisface nevoile specifice adică menținerea unui contact social, continuarea activităților care erau plăcute, stimularea cognitivă și activitățile fizice, menținerea unor servicii de îngrijire de bună calitate, toate acestea asociază o scădere într-o manieră brutală a calității vieții persoanelor cu tulburări cognitive majore.

Ce soluții ar putea fi?

În primul rând furnizarea de informații clare, concise și precise, referitoare la aceste perioade de carantină, la ratele de infectare. Transmiterea de mesaje cât mai oneste și corecte care să reducă incertitudinea și să crească nivelul de psiho-educație. Educația, îngrijirea personală și sprijinul familiei ar trebui să facă parte din strategiile de prevenire a tulburărilor care privesc modificarea sănătății mintale.

În concluzie

Pe parcursul pandemiei, la nivel mondial, sistemele de sănătate s-au confruntat cu o criză sanitară fără precedent, acestea nefiind pregătite să asigure servicii psihiatrice și psihologice pentru persoanele afectate și pentru familiile lor.

Suicidul la vârstnici – factori de risc și factori protectivi

Suicidul ca situație de autoadministrare a morții, poate fi un act rațional, de evaziune dintr-o situație imposibilă, inacceptabilă de boală incurabilă. Cel mai frecvent, suicidul este un comportament cu sens și valoare patologică de autoagresivitate, făcând parte din simptomatologia unor boli psihice grave, cu evoluție îndelungată, cum ar fi depresia.

Rozeta Drăghici,
CS II Psiholog pr. PhD
– Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie
„Ana Aslan”, Președinte
Asociația Română de Psihologie Clinică



Criza este de obicei de scurtă durată, iar o intervenție care survine la momentul potrivit poate întârzia tentativa până în momentul în care persoana iese din starea de criză.

Îmbătrânirea înseamnă reducerea capacităților adaptative, apariția multor suferințe fizice, reducerea substanțială a trăirilor de satisfacție și plăcere, imposibilitatea retrăirii vieții, deci a altei șanse. Persoanele vârstnice sunt puse mai des în situații sociale favorizante (pensionare, scăderea drastică a valorii lor sociale) și prezintă frecvent condiții psihice interne predispozante și comorbidiități (accident vascular, infarct miocardic, boli renale, boli neoplazice). OMS semnalează că și persoanele în vârstă au un risc sporit și pot fi considerate o categorie vulnerabilă. Singurătatea, izolarea socială, cresc riscul de elaborare a unui plan anume pentru comiterea suicidului. Ca act finalizat sinuciderea este mai frecventă decât tentativele odată cu înaintarea în vârstă.

Probabilitatea apariției
comportamentului suicidar

există întotdeauna în cursul episoadelor depresive majore. Riscul suicidar este prezent la orice pacient cu depresie, fără să fie însă corelat cu severitatea depresiei, cel mai frecvent poate apărea la începutul și finalul episodului depresiv. Insomnia severă din cadrul episodului depresiv este corelată cu un risc suicidar mai crescut. Aproximativ două treimi dintre pacienții depresivi vârstnici prezintă gânduri recurente de moarte, inclusiv ideaii suicidare, care nu sunt ușor de identificat, iar 10-15% comit suicid.

Factorul de risc descris cel mai frecvent este prezența în antecedente a tentativelor de suicid. Alți factori asociați cu un risc crescut de realizare a suicidului includ genul masculin, lipsa unui partener de viață sau singurătatea, prezența unor sentimente intense de lipsă a speranței, suferința cronică. Tulburarea de personalitate borderline crește semnificativ riscul de tentative suicidare.

Ideile suicidare pot fi exprimate direct sau indirect, fiind relevate de preocuparea și atitudinea față de boală (refuzul alimentației, întreruperea

Sinuciderea este un proces complex care include mai multe etape: de la ideaiie și planificare, la tentativa și, în cel mai rău caz, la suicid finalizat.

- Procesul începe la nivel cognitiv cu ideaiia suicidară, care uneori este comunicată verbal și/sau nonverbal. Deși gândurile suicidare reprezintă primul pas concret spre comportamentul disfuncțional, persoana poate fi încă receptivă la măsuri informative- comunicaționale și suportive.
- De multe ori urmează faza de planificare, în care persoana analizează modul în care va proceda și se gândește la metodele letale la care ar putea apela.
- Faza de mobilizare corespunde stării de criză suicidară, moment în care persoana este pregătită să treacă la act, tentativa devenind iminentă.

CONFERINȚA NAȚIONALĂ de a 18-a ediție
CARDIOLOGIE
ÎN MEDICINA GENERALĂ



APCI
Asociația Profesiunii Medicilor de Cardiologie din România

CONTAGIO AGORA

Bolile infecto-contagioase
În contextual migrației accelerate!

3-4 Iunie 2022

Coordonator științific: Conf. univ. dr. Irina Magdalena Dumitru
Organizator eveniment: Andra Bumbac
Mobil: 0750 030 372
E-mail: andra.bumbac@houston.ro



Tema Ediției:

CE ÎL FACE PE PACIENT SĂ "ADERE", SĂ SE "LIPEASCĂ" LA RECOMANDĂRILE DIN FARMACIE?

Tema dezbaterii de sâmbătă, 18 iunie:

Farmacist. Promovez farmaciștii! Asistent. Promovez asistenții!
Cum evaluăm calitatea serviciilor în farmacie?

17-18 Iunie 2022

Județe în focus: AB, SB, CJ, VL, AG, HD, GJ, DJ
Dacă ești din alt județ, ești binevenit!



medicației), moarte (funeralii, cimitir). Ideea suicidară sau amenințarea de suicid reprezintă o urgență psihiatrică, nu trebuie considerată doar ca un șantaj sau banalizată.

Evaluarea riscului de suicid

Evaluarea unui individ suicidar reprezintă în fapt o evaluare a riscului lui de suicid cu scopul de a conduce rapid la încadrarea subiectului într-un grad anume de risc și să permită derularea imediată a unei intervenții individualizate care să securizeze subiectul. Din cauza naturii multifactoriale a suicidului, soluția eficientă nu poate fi decât o intervenție comunitară axată pe mai multe niveluri complementare, care să includă o combinație de măsuri care să vizeze atât nivelul individual și cât și pe cel social. O asemenea intervenție integrativă include mai multe categorii de măsuri (psihologice, medicale, comunicaționale, educative, legislative) care acționează împreună asupra principalelor factori de risc.

Riscul de suicid este cu atât mai mare cu cât se acumulează mai multe semne de alarmă și factori de risc într-un anume timp.

Factorii protectivi față de suicid

Evaluarea factorilor protectivi ai suicidului este un alt aspect al evaluării globale a riscului suicidar. Factorii protectivi sunt acei factori care reduc probabilitatea ca o amenințare suicidară să se producă. Identificarea lor se face prin evaluarea rezilienței subiectului și a capacității subiectului de a face față gândurilor și impulsurilor suicidare care pot apărea într-un moment de criză existențială. Acești factori sunt de natură să călăuzească subiectul în formularea unei speranțe, a unei viziuni prospective pozitive. Factorii protectivi pot acționa temporar sau pe durată mai lungă și prezența lor nu trebuie să conducă la minimalizarea riscului de suicid al subiectului respectiv.

Factorii protectivi interni relevanți ar fi: istoricul de răspuns de succes la stres, abilitățile pozitive de coping, spiritualitate/religiozitate, toleranța la frustrare, optimism, prezența sentimentului de identitate și apartenență, nivel adecvat al stimei de sine. Există și factori protectivi externi față de suicid: prezența copiilor, prohibiția religioasă, responsabilitatea față de familie și comunitate, rețeaua socială bogată, posibilități recreaționale extinse, acces redus la mijloace letale, în condițiile actuale prezența factorilor protectivi externi este mult redusă la persoanele vârstnice.

Mecanismul din spatele comportamentului suicidar este de cele mai multe ori cumulativ, o serie lungă de traume și pierderi asociate cu un anumit tip de personalitate și un model de reziliență disfuncțional sau depășit de supraîncărcare, mai ales la persoana vârstnică vulnerabilă. Abordările psihoterapeutice pot fi dintre cele mai importante rezolvări ale crizei suicidare, axate pe problema curentă și trăirile negative. Reflectarea empatică ca etapă s-a dovedit a fi un mod eficient de inventariere a resurselor persoanei, cu reformulări pozitive, recunoașterea și accentuarea propriilor posibilități, legătura terapeutică suportivă fiind în sine un factor protectiv.

Protocolul tipic de evaluare a suicidalității descrie „Evaluarea de bază în cinci pași” care cuprinde:

Identificarea prezenței ideei/gândurilor suicidare și unui istoric de suicid;

Identificarea factorilor de risc pentru suicid;

Identificarea factorilor protectivi pentru suicid;

Determinarea nivelului de risc pentru suicid;

Documentarea evaluării și a planului de intervenție.



Congresul Național de
CHIRURGIE

8-11 Iunie 2022, Casino Sinaia

EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE DESPRE CORP, RELAȚII ȘI SEXUALITATE

societatea
părinților
informați

ONLINE
WEBEX CISCO

Participarea gratuită, ora 18:00

09 Iunie 2022



SECRETARIAT ORGANIZATORIC
Ella CongressEvents - +4021 316 45 11

Persoană de contact: **Feliana Prudusa**
Email: feliana.prudusa@ella.ro
Mobil: +40742 308 372



srgh
1918

SOCIETATEA ROMÂNĂ
DE GASTROENTEROLOGIE
ȘI HEPATOLOGIE



Telefon: 0724 654 526
info@congres-gastro.ro

41
Ani

CONGRES NAȚIONAL
DE GASTROENTEROLOGIE,
HEPATOLOGIE
ȘI ENDOSCOPIE DIGESTIVĂ

GASTRO 2022

30 iunie - 2 iulie, București



Paricularități ale diabetului zaharat la persoana vârstnică

Diabetul zaharat este una din afecțiunile frecvent întâlnite la vârstnici: peste 25% din persoanele cu vârsta peste 65 de ani au boala și cifrele vor crește cu repeziciune în următoarea perioadă datorită îmbătrânirii populației și datorită creșterii duratei de evoluție a bolii. Diabetul zaharat tip 2 este mult mai frecvent decât cel de tip 1.

Prof.Univ.

Dr. Ioana Dana Alexa
Disciplina de Geriatrie,
UMF Grigore T. Popa Iași



Șef Lucrări

Dr. Adina Carmen Ilie
Disciplina de Geriatrie,
UMF Grigore T. Popa Iași



Evaluarea geriatrică conține:

- evaluarea medicală cu rolul de a identifica toate bolile concomitente ale pacientului și medicația recomandată la toate consulturile interclinice (cu scopul de a identifica și evita polipragmazia și iatrogenia) precum și de a identifica existența complicațiilor diabetului și a severității acestora
- evaluarea stării de fragilitate și sarcopenie, ambele având un impact sever asupra scăderii activității fizice și a implicării psihice și sociale a pacientului
- evaluarea nutrițională, cu rolul de a identifica reperatele unei viitoare diete care să fie eficientă dar să fie acceptată și de pacient
- evaluarea funcțională, cu rolul de a stabili adecvat posibilitățile pacientului de a respecta tratamentul nefarmacologic
- evaluarea psihologică și cognitivă, care dă informații prețioase asupra posibilităților pacientului de a-și administra singur medicația sau dacă are nevoie de asistență în acest domeniu

- evaluarea socială și ambientală, mai ales pentru pacienții ce necesită ajutor la domiciliu și/sau optimizarea locuinței.

Îngrijirea și urmărirea planului terapeutic la pacienții vârstnici cu diabet zaharat este dificilă datorită complexității și heterogenității profilului medical, cognitiv și funcțional al acestora. Numeroase elemente pot diferi major de la un pacient la altul : durata de evoluție a bolii, gradul de control al valorilor glicemice, prezența și severitatea complicațiilor diabetului, tipul bolilor concomitente, gradul afectării cognitive, al fragilității și sarcopeniei, gradul de funcționalitate și posibilitățile de autoadministrare a medicației. Generarea unui plan de îngrijire, supraveghere și tratament trebuie să țină cont de această heterogenitate când se stabilesc prioritățile și țintele terapeutice.

Diabetul și sindroamele geriatrice

Diabetul zaharat influențează negativ majoritatea sindroamelor geriatrice, în unele situații fiind factor de risc independent în declanșarea și agrava-

D iabetul aduce o povară suplimentară pacientului vârstnic, mai ales celui cu comorbidități, deoarece are capacitatea de a influența negativ evoluția unui mare număr de afecțiuni : bolile cardiovasculare (HTA, sindromul coronarian cronic), neurologice și psihiatrice (accidentul vascular cerebral, tulburările cognitive, depresia), fragilitatea și sarcopenia, crescând astfel riscul dezvoltării dizabilităților și a morții premature. Această influență nefastă a diabetului asupra gradului de independență și a calității vieții vârstnicului impune o abordare complexă, care să conțină și o evaluare geriatrică comprehensivă, strict necesară în conceperea unui plan terapeutic individualizat.

varea acestora: fragilitatea, sarcopenia, tulburările de nutriție, tulburările cognitive etc.

Fragilitatea și sarcopenia sunt doi factori esențiali în procesul de îmbătrânire, influențând semnificativ reziliența fizică și psihică a vârstnicului. La acestea se adaugă nutriția pacientului vârstnic, care suferă modificări calitative și cantitative, atât datorită fenomenelor normale de îmbătrânire a aparatelor și sistemelor cât și datorită necesității de a ține diete neapetisante pentru bolile concomitente. Obezitatea și obezitatea sarcopenică sunt frecvent întâlnite la această categorie de vârstă, ambele favorizând apariția diabetului. Din aceste motive, schimbarea modului de viață la vârstnicul diabetic trebuie să includă o serie de măsuri ce se adresează direct acestor factori:

- a. efort fizic adecvat, monitorizat de o persoană cu experiență, și care are drept scop corectarea fragilității și sarcopeniei și combaterea obezității
- b. dietă adaptată comorbidițiilor, de obicei bogată în proteine (influență pozitivă asupra fragilității, sarcopeniei, calității nutriționale)

Diabetul și declinul cognitiv

Pacientul vârstnic cu diabet zaharat are risc crescut de a suferi declin cognitiv, de la formele ușoare până la formele severe de demență de toate categoriile. Cu cât diabetul este mai precar controlat și/sau evoluția sa este mai lungă, cu atât riscul de a face demență (Alzheimer, vas-

culară) este mai mare. Studiile nu au arătat nici o ameliorare a acestei evoluții sub tratament de specialitate (neurologic, psihiatric, metabolic).

Prezența tulburării cognitive scade semnificativ implicarea personală a pacientului și motivarea acestuia în a-și controla glicemia, valorile tensionale, sindromul dislipidemic, greutatea. Acesta va avea nevoie de asistență în urmărirea tratamentului (nefarmacologic și farmacologic), ceea ce va îngreuna atingerea țelurilor propuse, cu risc crescut de instituționalizare. Medicul care are în îngrijire un vârstnic diabetic trebuie să monitorizeze atent starea cognitivă a acestuia pentru a sesiza momentele ce necesită schimbarea principiilor de tratament (simplificarea acestora) sau asigurarea de asistență la domiciliu. Acest screening este recomandat a fi făcut anual la persoanele cu vârsta peste 65 de ani, utilizând instrumente simple, cum sunt MMSE (Mini Mental State Examination) sau Mini-Cog (26).

Diabetul zaharat și hipoglicemia

Vârstnicii diabetici au risc crescut de a face hipoglicemie, de cele mai multe ori datorită greșelilor de administrare a medicației, de obicei pe fondul tulburărilor cognitive. Medicul care are în evidență un astfel de pacient trebuie să cunoască bine gradul de afectare cognitivă a pacientului, a posibilităților reale pe care le are în administrarea tratamentului nefarmacologic (eforturi fizice foarte mari, ne-

glijarea orarului de administrare a meselor fără ajustarea medicației hipoglicemiante) și farmacologic. În lume se utilizează, în plus, scoruri de calculare a riscului de a face hipoglicemie la acești pacienți.

Teama de hipoglicemie, în principal datorită efectelor sale dezastruoase asupra activității cerebrale, impune ajustarea valorilor țintă pentru glicemie la valori mai mari decât pentru celelalte categorii de vârstă. De asemenea, schemele terapeutice hipoglicemiante se preferă cât mai simple, pentru a evita greșelile de administrare și supradozajul (mai ales la vârstnicii cu tratament insulenic). În cazul vârstnicilor cu risc mare pentru hipoglicemie se impune o monitorizare mult mai frecventă a glicemiei, eventual o monitorizare continuă pentru a evita scăderea glicemiei sub 0.70 mg/dl.

Care este valoarea optimă a glicemiei la pacientul vârstnic diabetic

La pacienții vârstnici cu rezultate satisfăcătoare la evaluarea geriatrică – funcție cognitivă bună, grad mare de funcționalitate, puține comorbidiții, speranță de viață suficient de bună – tratamentul își propune atingerea unor ținte terapeutice apropiate de cele vizate pentru pacienții cu vârste sub 65 de ani în ceea ce privește glicemia, valorile tensiunii arteriale și profilul lipidic. La vârstnicii fragili, cu grade variate de sarcopenie, afectare cognitivă, alterarea funcționalității, comorbidiții

severe, se preferă scheme terapeutice mai simple, care să poată fi urmate de pacient chiar dacă parametrii de urmărit sunt ușor mai mari față de valorile țintă. În aceste situații dorim, mai mult ca orice, să evităm hipoglicemia, datorită efectelor severe asupra activității cerebrale. Este important totuși să menținem valori glicemice controlate pentru a evita decompensările acute ale diabetului (deshidratare severă prin hiperosmolaritate).

Diabetul la pacientul aflat în îngrijire paliativă

Vârșnicii cu diabet zaharat aflați sub monitorizare paliativă (end of life care) vor beneficia de o simplificare a schemelor terapeutice, scopul fiind evitarea hipoglicemiei și a hiperglicemiei simptomatice. Studiile consideră că maximum de beneficiu în aceste cazuri se obține prin tratamentul simptomelor comorbidităților, în special bolile cardiovasculare, respiratorii, neurologice.

Tratamentul vârstnicului cu diabet zaharat

Tratamentul și îngrijirea vârstnicilor cu diabet zaharat sunt influențate de aspectul clinic, funcțional și cognitiv al pacienților respectiv, inclusiv de prezența sau absența fragilității. De asemenea trebuie luată în calcul prezența numeroaselor comorbidități concomitente sau prezența sindroamelor geriatrice. Obiectivele tratamen-

tului diabetului zaharat la pacientul vârstnic sunt diferite față de pacientul adult cu diabet zaharat și, conform ghidurilor, pot fi sistematizate astfel:

1. Vârșnicii robuști, cu puține comorbidități și status cognitiv și funcțional normal ar trebui să aibă ținte glicemice scăzute (ex. A1C < 7.0–7.5% [53–58 mmol/mol]), iar cei fragili, cu multiple comorbidități, tulburare cognitivă și dependență funcțională ar trebui să aibă ținte glicemice mai laxe (ex. A1C < 8.0–8.5% [64–69 mmol/mol]).
2. Hipoglicemia simptomatică sau hiperglicemia cu risc crescut de a dezvolta complicații acute trebuie evitată la toți pacienții vârstnici.
3. Screeningul pentru identificarea complicațiilor diabetului zaharat trebuie individualizat. O atenție particulară trebuie acordată complicațiilor ce pot determina tulburare cognitivă;
4. Tratamentul hipertensiunii arteriale, cu ținte terapeutice individualizate, este indicat la toți pacienții vârstnici diabetici;
5. Tratamentul celorlalți factori de risc cardiovasculari se va stabili luând în calcul balanța risc-beneficiu în ceea ce privește speranța de viață.

Modificarea stilului de viață include dietă individualizată, cu asigurarea unui aport proteic optim și care să țină cont și de celelalte comorbidități. Se va recomanda efectuarea exercițiilor fizice regulate, inclusiv de tip aerob sau ridicare de greutate – în cazuri selecționate. Obiectivele diferă la vârstnici vs adulți,

la vârstnici punându-se accent predominant pe menținerea funcționalității și a calității vieții, pe lângă controlul factorilor de risc cardiometabolici.

Tratamentul medicamentos al diabetului zaharat la vârstnic beneficiază de aceleași clase terapeutice medicamentoase, cu anumite particularități. Astfel se recomandă a se evita clasele de antidiabetice cu risc crescut hipoglicemic, fiind preferate cele cu risc scăzut hipoglicemic. Tratarea excesivă (overtreatment) ar trebui evitată, având în vedere beneficiile scăzute la vârstnic și riscul crescut.

Tratamentul pe termen lung la acești pacienți implică evaluarea posibilităților pacientului de a-și autoadministra medicația și de a respecta principiile dietetice. Este nevoie nu doar de evaluare, ci și de o informare și educare temeinică a pacientului și a familiei în acest sens. Aceste discuții vor fi reluate de fiecare dată când sunt necesare modificări ale schemei terapeutice, pe care pacientul trebuie să le cunoască, să le înțeleagă și să le respecte. Orice modificare a evaluării geriatrice (alterare cognitivă, scăderea gradului de independență) necesită re-ajustarea schemei terapeutice, informarea și educarea pacientului și, la nevoie, asigurarea suportului uman (membrii ai familiei, voluntari) pentru păstrarea principiilor terapeutice. De intensificarea sau simplificarea tratamentului trebuie mereu de avut în vedere, la fiecare reevaluare a vârstnicului cu diabet zaharat, pentru a reduce riscul de hipoglicemie și polifarmacie.

Terapia în Scleroza multiplă. O perspectivă de viitor

Scleroza multiplă este o una dintre afecțiunile neurologice ce afectează cu precădere adultul tânăr. Astăzi sunt raportate 1 milion de cazuri în Uniunea Europeană și aproximativ 3 milioane de cazuri în întreaga lume. Este o afecțiune cronică cu „multiple fațete” ce are o evoluție imprevizibilă și afectează diferite funcții ale sistemului nervos central.

Conferețiar universitar
Dr. Ana Maria Buga
UMF Craiova
Medic specialist neurologie



pact semnificativ negativ asupra calității vieții acestor pacienți și a sistemului asigurărilor de sănătate.

Telemedicina

Aceasta este una din prioritățile viitorului în ceea ce privește asistența medicală pe termen lung necesară în bolile cronice. Prin intermediul acestui sistem pacienții au acces la servicii de îngrijire medicală într-o echipă multidisciplinară care să asigure o abordare holistică a acestor patologii din confortul casei pacientului, fără să fie nevoie de deplasări multiple în locuri diferite pentru astfel de intervenții. Sclero-

za multiplă debutează la 20-40 de ani, afectând astfel populația activă care este nevoită să gestioneze această boală în decadele următoare. O astfel de platformă permite evaluarea pacienților de la distanță folosind diverse instrumente (ex. touch screen). Diferite alte platforme sunt disponibile în alte țări precum UK sau Olanda.

Deși în ultima decadă este unanim acceptat faptul că evaluarea sclerozei multiple bazată pe frecvența recăderilor, progresia dizabilității și imagistica RMN este incompletă și insuficientă pentru evaluarea pacienților cu răspuns terapeutic suboptimal.

Pacienții afectați de această boală necesită un suport permanent și o terapie personalizată care să fie continuu adaptată nevoilor specifice fiecărui pacient în parte.

Post pandemie

În perioada post pandemie este de o crucială importanță reevaluarea întregului sistem de sănătate publică și analiza capacității acestui sistem de a răspunde nevoilor pacienților cu boli cronice printr-o abordare holistică. Scleroza multiplă este o afecțiune a cărei evoluție poate fi întârziată prin diagnostic și terapie în stadii precoce. Pe termen mediu și lung lipsa implementării unor strategii menite să asigure continuitatea serviciilor medicale specializate pentru pacienți cu boli cronice în timpul unor situații de urgență, are un im-

În ciuda numeroaselor instrumente de analiză a calității vieții valide în diferite țări, România nu are încă un instrument de analiză complexă a calității vieții pacienților cu scleroză multiplă. Acest lucru face imposibil de evaluat în mod complex și corect toate aspectele legate de evoluția acestei patologii și de impactul real asupra calității vieții, cunoscut fiind faptul că adesea există o divergență între percepția medicului curant și cea a pacientului.





**THE 9TH EUROPEAN CONGRESS OF
ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY**
POSTPONED FOR 2-3 JUNE 2022

09
IUN.



**A VIII-a Conferința națională
de somnologie pediatrică cu
participare internațională**

CONFERINȚA • 09, 10 IUN. 2022

**CONFERINȚA NAȚIONALĂ
DE BOLI INFECȚIOASE
TIMIȘOARA & ONLINE
8-10 iunie 2022**


ASOCIATIA DE CITOMETRIE DIN ROMANIA

**AL XV-LEA CONGRES
NAȚIONAL DE CITOMETRIE**

15-17 IUNIE 2022, HIBRID - BUCUREȘTI
PREȘEDINTE CONF. DR. ȚORȚIA BUMBEA