săptămâna
MEDICALĂ
Anul XVIII • Nr. 286 • iulie 2023
4.75 lei

Sinuzitele: simptome și cauze

Rolul geneticii în cardiologie

Dezinfectanții: întrebări și răspunsuri

Insomnia

Comunicarea medic – pacient

Celulita orbitală 8
Miopia 9
Chirurgia cataractei 16
Anemia 18
De ce hormonii ne influențează viața? 19

Rolul geneticii în cardiologie..... 24

Obezitatea- problemă de sănătate a lumii moderne . . . 26

lacrimi artificiale fără conservanți pentru întreaga familie

OCUFLASH BLUE

Spală și dezinfectează ochii sensibili la apa de mare, apa cu clor de la bazin, nisip.

Spală.
Dezinfectează.
Calmează.

UNIMED PHARMA

Privirea sănătoasă asupra lumii!

Există un sezon ideal pentru intervențiile chirurgicale din sfera ORL?

Răspunsul este NU.

Fiecare anotimp vine cu avantaje și dezavantaje:

• Primăvara este sezonul alergiilor. De asemenea, variațiile de temperatură a aerului zi - noapte și viteza de circulație a aerului (vânturile de primăvară) pot irita mucoasa nazală și faringiană.

• Vara este caracterizată de temperaturi ridicate care pot crește riscul de sângerare. Fiind perioada vacanțelor, intervențiile sunt mai ușor de programat, în special în cazul copiilor care merg la școală.

- Toamna vine cu temperaturi scăzute, praf și viroze. Este recomandată tratarea oricărei afecțiuni din sfera ORL pentru a nu se accentua simptomele odată cu venirea frigului.
- Iarna presupune mai puține activități zilnice în aer liber, fiind mai ușor de acceptat perioada de repaus necesară pentru o vindecare rapidă. În acest anotimp virozele sunt mai frecvente. Acestea, împreună cu temperaturile scăzute, cresc riscul unei infecții respiratorii de tract superior.

Ceea ce trebuie însă să ia în considerare pacienții este faptul că înainte de o intervenție chirurgicală trebuie să respecte regulile de igienă personală pentru a nu contacta o infecție respiratorie intercurentă. O atenție sporită trebuie acordată în cazul copiilor care frecventează colectivitatea, întrucât contactarea unei astfel de infecții ar putea duce la amânarea intervenției.

După intervenția chirurgicală ORL este nevoie de o perioadă de recuperare de câteva zile în funcție de tipul de intervenție și de respectarea unor indicații generale precum:

- se va evita expunerea la frig, praf, alergeni;
- se va evita expunerea la căldură extremă și băi fierbinți;
- se va evita consumul de alimente și băuturi fierbinți;
- se vor evita colectivitatea și spațiile aglomerate;
- se vor evita eforturile fizice mari timp de 7-10 zile.

Dr. Madalina Bobeica, *Medic primar ORL*

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

Abonament la revista Săptămâna Medicală

săptămâna MEDICALĂ

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

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Comunicarea medic – pacient 4
Sinuzitele: simptome și cauze 6
Celulita orbitală 8
Miopia și metode eficiente de încetinire a progresiei miopiei..... 9
Complexul cardio-reno-metabolic.... 10
Insomnia 11
Importanța screeningului oftalmologic și nutrițional la copil.... 14
Chirurgia cataractei: o șansă pentru îmbunătățirea calității vieții..... 16
Anemia 18
De ce hormonii ne influențează viața? 19
Intervenție chirurgicală cu laser în cazul unui adenom de prostată gigant..... 20
Dezinfectanții: întrebări și răspunsuri . 22
Adenocarcinom cefalopancreatic borderline 23
Rolul geneticii în cardiologie 24
Obezitatea- problemă de sănătate a lumii moderne..... 26
Reconstrucția bilaterală a articulației temporo-mandibulare 28
Septicemia în spital 30

Foto revistă: Shutterstock

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

FIN WATCH

Comunicarea medic – pacient

Prof. Dr. Ion Bruckner, Preşedintele Societăţii Române de Medicină Internă

A fi un clinician bun presupune a avea cunoştinţe din diverse domenii. Se mai pregătesc tinerii medici astfel încât să devină buni clinicieni?

Din păcate, la această întrebare răspunsul nu este unul pozitiv. Dispariţia prin înlocuire a medicinei interne cu module de specialitate, a redus, ca să nu spun desfiinţat, o privire holistică asupra omului bolnav. Organismul rămâne totuşi o unitate, o unitate fizică a organelor, care se influenţează (şi suferă) împreună şi o unitate fizică-psihică. Medicina diagnostică este medicina internă şi oricine diagnosticheazăpacienţi practică medicina internă. În ultimii ani, această distorsiune în învăţamânt a început să fie percepută şi se conturează dorinţa de a reconsidera medicina internă. Cred că soluţia ar fi reconsiderarea şi redimensionarea modulelor (unele pot fi înlocuite cu lucrări practice) şi introducerea unei discipline de sinteză – medicina internă - în anul terminal al facultăţii.

Cum poate fi îmbunătăţită complianţa la tratament, mai ales în cazul pacienţilor cu afecţiuni multiple?

Aderenţa la tratament depinde în primul rând de o bună educaţie terapeutică a pacienţilor. Aceasta cuprinde explicarea raţiunii tratamentului, a consecinţelor nerespectării lui şi transformarea pacientului dintr-un executant al indicaţiilor medicale într-un partener care le aplică pentru că a înţeles rolul lor. Aceasta este valabil pentru orice pacient. În al doilea rând, trebuie evitate efectele secundare (şi terapeutica modernă permite acest lucru), sau prevenirea pacientului asupra lor şi pentru pacienţii cu multiple afecţiuni realizarea de scheme terapeutice echilibrate, evitând medicamente sau suplimente inutile.

Cât de importantă este comunicarea medic – pacient?

Comunicarea medic – pacient este o componentă de primă importanţă a unui act medical de calitate. Ea implică educarea, prin explicaţii pe care pacientul să le înţeleagă, a acestuia, atragerea pacientului şi responsabilizarea lui în ceea ce priveşte actul medical, transformarea lui într-un partener. Nu trebuie omisă nici informarea corectă a aparţinătorilor, mai ales privind evoluţia posibilă şi riscurile tratamentului sau abţinerii de la tratament, chiar dacă acesta comportă riscuri majore. O bună comunicare ar reduce mult acuzaţiile nefondate de malpraxis şi tensiunea în care uneori se desfăşoară actul medical. Din păcate, în urgenţe, nu este mult timp disponibil, dar comunicarea trebuie obligatoriu făcută.

Ce presupune un act medical de calitate? Care sunt provocările medicului internist ?

Un act medical de calitate este un act medical care îşi atinge scopul – vindecarea sau uşurarea suferinţei bolnavului. în medicina modernă dominată de bolile cronice, nevindecabile, un act medical de calitate înseamnă uşurarea suferinţei şi, în măsura posibilului, prelungirea vieţii cu suferinţă minimă. Medicul internist trebuie să îşi întărească rolul de diagnostician şi de medic care stabileşte priorităţile de îngrijire şi coordonare/compatibilizare a diferitelor tratamente pentru situaţiile din ce în ce mai frecvente de polimorbidităţi. Aceste roluri trebuie acceptate şi incluse în sistemul sanitar.

XEROLAN

Spray calmant, reparator, emolient

- Arsuri superficiale
- Înțepături insecte
- Iritații

Aplicare de 2 ori pe zi
sau de câte ori este necesar.

Nu este necesar a se masa.

Poate fi folosit cu
pulverizatorul în jos.

Fără parfum. Hipoalergenic.

ISISPHARMA
DERMATOLOGIE

Sinuzitele: simptome și cauze

Rinosinuzitele reprezintă o patologie inflamatorie și infecțioasă a mucoasei nazale și a sinusurilor paranazale. În ambele lor prezentări, acută sau cronică, sinuzitele creează un disconfort major pacienților.

Dr. Ionut Gabriel Hantascu,
Medic primar ORL

Simptomele sinuzitelor

Principalele simptome ale sinuzitelor sunt:

- obstrucția nazală;
- secrețiile nazale;
- senzația de greutate, presiune facială;
- durerea de cap (frecventă).

Durerea de cap este mai prezentă în episoadele de acutizare a sinuzitelor, la sinuzitele cronice fiind caracteristice presiunea facială și secrețiile care curg în cantități mici, dar constant, deranjând pacientul și afectând foarte mult calitatea vieții acestuia.

Simptomatologia sinuzitelor acute este mai explozivă (durere, febră, secreții purulente) față de cea a sinuzitelor cronice (simptomatologie deranjantă persistentă: rinoree posterioară, presiune facială, obstrucție nazală).

Cauzele sinuzitelor

Sinuzitele pot avea cauze locale identificabile de tip anatomic, odontogen, traumatic și tumoral sau pot reprezenta o afecțiune a mucoasei sinusurilor cu inflamație și degenerare polipoidă a mucoasei, în aceste situații fiind frecvent suspicionată și patologia alergică.

Cauzele locale, punctuale ale sinuzitelor sunt deviațiile de sept nazal și anomaliile anatomice ale altor structuri din nas: cornetele nazale; sinusurile etmoidale, maxilare, frontale, sfenoidale. Acestea sunt sinusurile care se pot suprainfecta, determinând patologie acută sau cronică.

De multe ori, sinuzitele în prezentare acută sunt de cauză odontogenă (dentară) în contextul unor infecții ale premolarilor și molarilor de la nivelul maxilarelor superioare, dacă acești dinți au apropiere mare de planșeul sinusal. Sinuzitele pot apărea în contextul tratamentelor stomatologice, când în cadrul procedurilor efectuate la nivelul rădăcinilor dentare se poate ajunge la nivelul sinusurilor.

Sinuzitele în context traumatic sunt cauzate de traumatisme nazale și faciale care pot produce fracturarea pereților sinusurilor și fracturi ale septului nazal. Astfel se blochează ventilația sinusurilor, situație care duce la suprainfecția ulterioară a acestora.

Patologia inflamatorie a mucoasei nazale și a sinusurilor paranazale fără a avea o cauză locală decelabilă poate apărea în contextul patologiei alergice, care determină edem, inflamație și secreții la nivelul mucoasei nazale și în interiorul sinusurilor. Aceste secreții se pot suprainfecta și pot determina degenerarea polipoidă a mucoasei, cu suferință importantă pentru pacienți. De foarte multe ori, aceștia sunt evaluați și de medicul alergolog, care nu identifică o alergie propriu-zisă la un anumit alergen, însă descoperă valori crescute ale eozinofilelor și în sânge și în secrețiile nazale. Una dintre ipotezele terapeutice pentru patologia inflamatorie rinosinusală ar fi alergia la un spor de ciupercă care se găsește în aer ubicuitar (peste tot în natură), respectiv Alternaria. Anumiți pacienți reacționează exagerat la prezența acestor spori care determină evenimentele de tip inflamator rinosinusal.

O sinuzită netratată poate determina complicații grave, așadar este indicat ca pacienții care prezintă simptomatologia descrisă sau au suferit un traumatism nazal ori facial să se adreseze medicului ORL.

AMA OPTIMEX
Vezi diferența

ZEISS
Seeing beyond

O CLIPĂ, CÂTEVA SECUNDE, BUCURIE PENTRU O VIAȚĂ ÎNTREAGĂ.

NOUA GENERAȚIE A FEMTOLASERULUI ZEISS, VISUMAX 800, **ACUM LA AMA OPTIMEX.**

ACESTA PERMITE REDUCEREA ȘI MAI RAPIDĂ A DIOPTRIILOR, PRIN TEHNICILE SMILE, PRESBYOND, FEMTOLASIK, REDUCÂND SEMNIFICATIV RISCUL INTRAOPERATOR.

Celulita orbitală

Dr. Adina Grigorescu,
medic primar oftalmolog,
Clinica Oftapro, București

Ce este celulita orbitală?

Celulita orbitală reprezintă inflamația țesuturilor moi și a grăsimii care țin ochiul în orbită (o inflamație care s-a extins în orbită, în spatele septului orbital). Copiii mici sunt afectați cel mai des, dar poate apărea la orice vârstă.

Spre deosebire de celulita preseptală - o inflamație a țesuturilor localizate anterior de septul orbital, adică a pleoapelor - celulita orbitală este mult mai gravă.

Cauzele celulitei orbitale

Celulita orbitală se produce cel mai frecvent prin extinderea în orbită a unei infecții de vecinătate (de la nivelul sinusurilor sau a dinților) sau pe cale hematogenă (prin sânge). Infecțiile pleoapei (celulita preseptală), sau plăgile oculare sau palpebrale suprainfectate (după traumatisme sau intervenții chirurgicale) pot determina de asemenea răspândirea infecției în orbită.

Celulita orbitală este o afecțiune oftalmologică gravă care, nediagnosticată și netratată corect și la timp, poate duce la pierderea parțială sau totală a vederii!

Cum se manifestă

Celulita orbitală se însoțește de obicei de următoarele simptome:

- durere la nivelul ochiului și la încercarea de mișcare a acestuia
- umflarea și înroșirea pleoapelor
- înroșirea ochiului și secreții oculare
- limitarea mișcărilor globului ocular
- proptoză - împingerea ochiului înspre exterior
- scăderea vederii
- uneori febră, dureri de cap, oboseală și letargie (semne care atestă de obicei apariția complicațiilor

Diagnostic și tratament

Diagnosticul este de cele mai multe ori clinic, dar este nevoie și de investigații paraclinice pentru depistarea agentului infecțios care stă la originea bolii (analize de sânge și culturi din secreția oculară) și depistarea complicațiilor (CT, RMN).

Cele mai frecvente bacterii întâlnite în infecțiile orbitale sunt streptococii și stafilococii, în mod special Staphylococcus aureus.

Imediat ce este stabilit diagnosticul, se începe tratamentul antibiotic cu spectru larg, administrat intravenos. Pacientul va fi internat pe perioada tratamentului, pentru monitorizarea îndeaproape a evoluției bolii și tratarea eventualelor complicații ce pot apărea.

Complicații posibile

Lăsată netratată, celulita orbitală poate progresa, extinzându-se în zonele adiacente orbitei și provocând complicații grave, precum:

- abces orbital
- abces cerebral
- meningită
- tromboză de sinus cavernos
- septicemie
- pierderea de auz
- afectarea globului ocular cu pierderea definitivă a vederii

Copiii sunt mai predispuși la apariția complicațiilor datorită sistemului imun imatur și pereților orbitari mai subțiri prin care infecția se poate răspândi mai ușor.

Prognostic

De obicei celulita orbitală răspunde rapid și complet la tratamentul antibiotic adecvat. În lipsa tratamentului însă, evoluția poate fi foarte gravă, întrucât cavitatea orbitară comunică direct cu cutia craniană și infecția se poate răspândi direct la creier, putând provoca chiar decesul pacientului.

Celulita orbitală reprezintă o urgență medicală, de diagnosticarea precoce și tratamentul instituit imediat depinzând salvarea vederii și prevenirea apariției complicațiilor amenințătoare de viață!

OFTAPRO
CLINICA OFTALMOLOGICĂ

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

Miopia și metode eficiente de încetinire a progresiei miopiei

Miopia, o afecțiune oftalmologică, determină vederea încețoșată la distanță. De obicei, o persoană cu miopie poate vedea clar la apropiere - când citește o carte sau se uită la ecranul unui laptop, dar cuvintele și obiectele par neclare pe o tablă albă, la televizor sau când se uită la distanță.

Dr. Andreea Lucia Carp,
Medic specialist
Oftalmologie,
Arcadia Hospital, Iași

De ce este miopia o preocupare?

Rata miopiei este în creștere în întreaga lume, de la 22% în 2000 la 33% în 2020, și se estimează că 50% din populația generală va suferi de miopie până în 2050.

Progresia miopiei este determinată în cea mai mare parte de creșterea prea rapidă a lungimii globilor oculari. Ochii prezintă un proces de creștere de la naștere până la începutul adolescenței, iar ulterior acest proces încetinește. Însă, la copiii cu miopie, ochii cresc prea mult și acest proces poate continua până în anii adolescenței. Odată ce copilul devine miop, vederea lui se poate deteriora la fiecare 6-12 luni, necesitând o corecție optică din ce în ce mai puternică. Miopia tinde să se stabilizeze până la sfârșitul adolescenței și în jurul vârstei de 20 de ani. Creșterea excesivă a ochilor îngrijorează specialiștii, deoarece poate determina apariția unor boli oculare, cum ar fi degenerescența maculară miopică, dezlipirea retinei și cataracta.

Managementul miopiei își propune să ofere o vedere bună și să aplice tratamente specifice pentru a încetini creșterea excesivă a ochilor. Experții sunt de părere că gestionarea miopiei ar trebui să fie începută pentru toți copiii sub 12 ani și să continue până la sfârșitul adolescenței.

Organizația Mondială de Oftalmologie Pediatrică și Strabism (WSPOS) a emis un protocol în 2023 privind eficiența metodelor de încetinire a progresiei miopiei.

Ce NU funcționează asupra progresiei miopiei

Progresia miopiei nu poate fi încetinită cu:

- Subcorecția miopiei;
- Ochelari cu punct stenopeic (lentilă neagră cu numeroase perforații);
- Lentile cu filtru împotriva luminii albastre;
- Lentile bifocale;
- Lentile progresive;
- Lentile de contact monofocale zilnice/lentile de contact rigide permeabile la gaz.

Ce funcționează asupra progresiei miopiei

Progresia miopiei poate fi încetinită prin:

- Modificarea comportamentului și a rutinei zilnice: minimum două ore/zi petrecute afară, în aer liber, reducerea timpului petrecut în fața gadgeturilor, pauze și iluminat corespunzător în timpul cititului și scrisului;
- Tratamente optice: ochelari cu zone de tratament (DIMS - Defocus-incorporated multisegment, HAL - Highly aspheric lenslet); lentile contact: multifocale, ortokeratologie (purtarea unor lentile de contact personalizate pe timpul nopții);
- Tratament farmacologic: picături cu atropină cu diverse concentrații.

Medicul oftalmolog poate recomanda metoda de încetinire a progresiei miopiei potrivită pentru fiecare copil.

Complexul cardio-reno-metabolic

Interviu cu Prof. Univ. Dr. Cristian Serafinceanu, preşedinte ASRMN – Asociația pentru Studii Reno-Metabolice și Nutriționale

Conform statisticii, principalele cauze de deces în țara noastră sunt bolile aparatului cardiovascular. Care este riscul cardio-vascular dat de boala de rinichi?

Diabetul singur, „per se", este cea mai importantă cauză de mortalitate cardio-vasculară, luat ca și cauză unică. Trebuie luat în considerare că diabetul de tip 2 este asociat aproape întotdeauna cu hipertensiunea arterială, care este al doilea mare ucigaș. Combinația diabet zaharat - hipertensiune arterială este prima cauză pentru boala cronică de rinichi și prima cauză pentru boala cardiovasculară.

Diabetul zaharat și hipertensiunea arterială constituie cam 2/3 până la 3/4 din cazurile de insuficiență renală care intră în dializă. Toate celelalte boli renale dau cam 1/4 din cazurile care intră în dializă.

Cosideraţi că sistemul medical de la noi din ţară poate să facă faţă depistării şi tratării cazurilor de diabet?

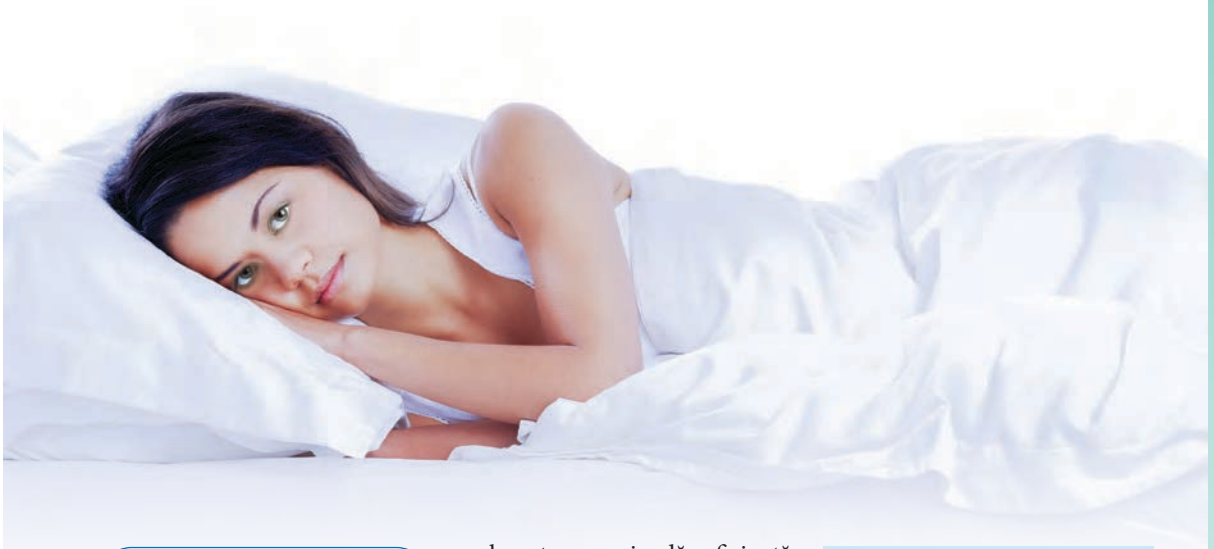
Da, numărul cazurilor de diabet este în creștere. Din punct de vedere al pregătirii sistemului medical, la noi în țară există și o lege, Legea nr. 249 din 13 noiembrie 2020 privind prevenția și depistarea precoce a diabetului, deci sistemul medical de la noi din țară ar trebui să fie pregătit să facă față. Aceasta înseamnă că trebuie să facem screening la milioane de oameni care sunt cu risc să facă diabet, cu risc să facă boală de rinichi sau boală cardiovasculară. În ce măsură este cu adevărat pregătit sistemul? În această discuție trebuie incluși și medicii de familie – fără ei nu se poate. Atunci în principiu se poate face, dar nu este nici ușor și nici ieftin. Acoperirea cu medici specialiști este destul de bună, sunt doar câteva județe care sunt mai puțin bine acoperite, unde sunt doar 1-3 medici specialiști. Există mulți medici rezidenți care fac această specialitate și sunt chiar și medici de alte specialități care fac a doua specialitate diabet, medici de medicină internă, medici endocrinologi deci ca număr sunt destul de mulți, doar repartiția în teritoriu nu este uniformă, sunt mai mulți în centrele universitare. Cel mai mult ar trebui să se acționeze în prevenție, aceasta însemnând educație pentru sănătate, educație nutrițională.

Ce proiecte sunt pentru includerea screening-ului periodic al funcțiilor renale?

Pentru boala cronică de rinichi este simplu. Dacă se face o analiză de creatinină se poate estima printr-o formulă rata de filtrare – funcția glomerurală. Aceasta dă o imagine destul de fidelă a celor care au boală cronică de rinichi. Sunt mulți pacienți care au boală cronică de rinichi fără să știe, întrucât într-o fază precoce aceasta nu are simptome vizibile, nu doare, evoluează ani de zile asimptomatic. Medicul de familie este cel care trebuie să facă periodic analizele pacientului diabetic pentru a determina din timp dacă apare boala cronică de rinichi.

Insomnia

Într-o perioadă a existenței în care suntem mai mereu grăbiți, timpul pare că se contractă și nu mai este suficient pentru a îndeplini sarcinile zilnice, studiile arată că insomnia este cea mai frecventă tulburare de somn. Impactul este atât la nivel micro- asupra individului direct cât și la nivel macro- prin povara socioeconomică pe care o reprezintă.



Dr. Cozma Raluca,
Medic specialist pneumologie,
Competență Somnologie

Insomnia este caracterizată de persistența dificultății de a adormi și/sau persistența dificultății de a menține somnul pentru o perioadă suficientă și/sau persistența dificultății de a avea un somn consolidat; aceste fenomene au loc chiar și atunci când există condiții prielnice pentru un somn de calitate cu apariția disfuncțiilor în activitatea zilnică, aspect care nu își găsește justificarea într-o altă patologie a somnului.

Exisă situații excepționale, care nu se încadrează în tiparul insomniei, cum este cazul persoanelor care dorm puțin ('short sleepers'), la care 4-5 ore de somn/noapte sunt suficiente pentru a-și desfășura activitatea diurnal în mod normal.

CMI DR. COZMA RALUCA
Medic specialist pneumologie
Competență Somnologie
diagnostic și tratament
sindromul de apnee în somn
ADRESA: PIATRA NEAMȚ
BULEVARD TRAIAN NR. 1,
A.I.S CAMERA 124, ETAJ 1
Nr. telefon programări:
0720 775 313

Insomnia cronică

Simptomele au loc cel puțin de 3 ori/săptămână, pe o perioadă de cel puțin 3 luni.
Consecințele insomniei cronice sunt obosela, cefaleea, dificultățile în concentrare și desfășurarea activităților zilnice, hipersensibilitea la stimuli zgomotoși sau lumină, iritabilitate, comportament agresiv, lipsa de încredere, apatie, astenie.
Dacă observați la dumneavoastră sau la cei dragi unele dintre aceste semne, cel mai adecvat este să căutați sfatul unui specialist în patologia somnului.

CAMPANIA SĂNĂTATEA SOMNULUI

www.vitalaire.ro

DIABETUL ZAHARAT ȘI APNEEA ÎN SOMN

Diabetul zaharat de tip 2 este o comorbiditate frecventă a sindromului de apnee în somn de tip obstructiv.
Sindromul de apnee în somn de tip obstructiv (SASO) și diabetul zaharat de tip 2 (DZ2) se suprapun adesea la același pacient și împart comorbidități și riscuri comune, care pot crește mortalitatea și cerințele de tratament.

Prevalența diabetului zaharat de tip 2 la pacienții cu apnee în somn de tip obstructiv este estimată între 15% și 30% cu o prevalență crescută la pacienții cu apnee în somn de tip obstructiv sever. (S1)

Studiile pe animale și voluntari sănătoși dovedesc că hipoxia intermitentă (scăderea cantității de oxigen din țesuturi care încetează și reîncepe la anumite intervale de timp, cum este în cazul apneei în somn) și tulburările de somn ar putea fi factori predispozanți pentru afectarea metabolismului glucozei, apariția rezistenței la insulină și diabet zaharat de tip2 la pacienții cu apnee în somn de tip obstructiv.
Mai multe studii au arătat că apneea în somn de tip obstructiv netratată afectează controlul glicemic și, prin urmare, influențează stabilizarea diabetului. (S2)
Consecințele apneei în somn netratate, cum ar fi hipoxia intermitentă și fragmentarea somnului, au fost legate de metabolismul anormal al carbohidraților. (S3)
Pe de altă parte, diabetul cauzează neuropatii care afectează controlul central al respirației, precum și reflexele căilor aeriene superioare.

Relația dintre diabet și apneea în somn este, prin urmare, bidirecțională: apneea în somn de tip obstructiv este un factor de risc pentru diabetul zaharat de tip 2 și, invers, diabetul de tip 2 este un factor de risc pentru apneea în somn de tip obstructiv. (S4)

Deși obezitatea și vârsta sunt factori de risc obișnuiți pentru apneea în somn de tip obstructiv și diabetul zaharat de tip 2, există tot mai multe dovezi că relația dintre diabetul de tip 2 și apneea în somn de tip obstructiv este independentă de acești factori.
Mai multe studii prospective au arătat o asociere independentă între severitatea apneei în somn de tip obstructiv și rezistența la insulină chiar și la persoanele nediabetice. (S5)
Pacienții cu apnee în somn de tip obstructiv au hiperactivitate a sistemului nervos simpatic (rezultată din hipoxie nocturnă intermitentă și fragmentare a somnului. (S6)
Deoarece majoritatea organelor endocrine care produc hormoni implicați în reglarea carbohidraților sunt inhibate de creșterea tonusului simpatic (cum ar fi, de exemplu, secreția de insulină de către pancreas, producția de glucoză sau chiar reglarea adipocitară a echilibrului energetic) (S7), hiperactivitatea sistemului nervos simpatic indusă de SASO explică parțial efectele secundare ale apneei în somn asupra toleranței la glucoză. (S8)

În concluzie, apneea obstructivă în somn și diabetul sunt ambele boli comune care coexistă foarte des. Au factori comuni predispozanți și patogenetici și principalul factor este obezitatea. Apneea în somn de tip obstructiv, obezitatea și diabetul zaharat de tip 2 sunt legate cu riscul crescut de complicații cardiovasculare (inclusiv infarctul miocardic, accidentul vascular cerebral ischemic, hipertensiunea arterială severă și aritmiile), morbiditatea și mortalitatea cardiovasculară.

Recunoașterea precoce a simptomelor apneei în somn de tip obstructiv la pacienții cu diabet zaharat de tip 2 ajută și din punct de vedere al faptului că pacienții cu apnee în somn de tip obstructiv necesită monitorizare pentru prezența intoleranței la glucoză sau rezistența la insulină, în ideea prevenirii consecințelor pe termen lung. La toți acești pacienți, colaborarea interdisciplinară medicală este benefică din punct de vedere al evaluării generale și a tratamentului obezității.

Informațiile din prezentul articol sunt adresate publicului general și sunt cu caracter pur informativ. Nu se dorește a fi exhaustiv și nu înlocuiește o consultație sau un diagnostic medical. Dacă aveți semne sau simptome care necesită o opinie medicală, vă recomandăm să mergeți la medic.

Surse: 1. Reutrakul et Mokhlesi, « Obstructive sleep apnea and diabetes : a state of the art review ».
2. Carneiro G, Togeiro SM, Ribeiro-Filho FF, Truksinas E, Ribeiro AB, Zanella MT, et al. Continuous positive airway pressure therapy improves hypoadiponectinemia in severe obese men with obstructive sleep apnea without changes in insulin resistance. Metab Syndr Relat Disord. 2009;7:537–42.
3.Kanbay A, Kokturk O, Ciftci TU, Tavil Y, Bukan N. Comparison of serum adiponectin and tumor necrosis factoralpha levels between patients with and without obstructive sleep apnea syndrome. Respiration. 2008;76:324-30.
4. Maniaci A, Iannella G, Cocuzza S, Vicini C, Magliulo G, Ferlito S, et al. Oxidative Stress and Inflammation Biomarker Expression in Obstructive Sleep Apnea Patients. J Clin Med. 2021;10:277.
5. Somers VK, Dyken ME, Mark AL, Abboud FM. Sympathetic- nerve activity during sleep in normal subjects. N Engl J Med. 1993;328:303-7.
6. Narkiewicz K, van de Born PJ, Montano N, Dyken ME, Phillips B, Somers VK. Contribution of tonic chemoreflex activation to sympathetic activity and blood pressure in patients with obstructive sleep apnea. Circulation 1998;97:943–945.
7. Mokhlesi B, Grimaldi D, Beccuti G, Van Cauter E. Effect of one week of CPAP treatment of obstructive sleep apnoea on 24-hour profiles of glucose, insulin and counter-regulatory hormones in type 2 diabetes. Diabetes Obes Metab 2017;19:452–456.
8. Mokhlesi B, Grimaldi D, Beccuti G, Abraham V, Whitmore H, Delebecque F, et al. Effect of One Week of 8-Hour Nightly Continuous Positive Airway Pressure Treatment of Obstructive Sleep Apnea on Glycemic Control in Type 2 Diabetes: A Proof-of-Concept Study. Am J Respir Crit Care Med. 2016;194:516-9.
sursă foto: canva

Importanța screeningului oftalmologic și nutrițional la copil

Conform datelor OMS, la fiecare 5 secunde orbește un adult iar la fiecare minut, un copil. Circa 80% din cazurile cu vedere deficitară reprezintă afecțiuni care ar fi putut fi prevenite sau care pot fi tratate. Ambliopia, alături de retinopatia diabetică și glaucom, face parte din modificările cunoscute sub denumirea de „afecțiuni oculare ce pot fi prevenite”.

Prof. Univ. Dr. Camelia Margareta Bogdănici,
Umf „Gr. T. Popa” Iași,
Președinte Rao 2023

Scăderea acuității vizuale la copil reprezintă o piedică majoră în educația și viitorul acestuia, dar în același timp în dezvoltarea normală a unei societăți. În copilărie, vederea asigură circa 80% din procesul de învățare și de aceea depistarea afecțiunilor oftalmologice care determină scăderea vederii este esențială. Un copil din 20 de preșcolari prezintă o tulburare de vedere. Cu cât depistăm bolile oculare mai precoce cu atât succesul terapeutic va fi mai mare. O examinare simplă oftalmologică poate elimina peste 50% din persoanele cu vedere scăzută prin depistarea și tratamentul precoce al afecțiunilor respective.

Atunci când există o ambliopie unilaterală, cauzele cele mai frecvente vor fi strabismul (deviația ochilor) sau anizometropiile (refracție cu diferențe mari între ochi). O diferență de 1,5 dioptrii între cei doi ochi într-o hipermetropie poate determina ambliopie. O diferență de 0,75 - 1 dioptrii în astigmatism va determina, de asemenea, ambliopie.

Dacă există o ambliopie bilaterală cauzele cele mai frecvente vor fi nistagmusul sau ametropiile (miopia, hipermetropia sau astigmatismul) necorectate.

Ambliopia generată de viciile de refracție necorectate, în special cea determinată de anizometropii, împreună cu ambliopia strabică reprezintă circa 12-15% din cauzele de scădere a acuității vizuale la copil.

Este cunoscut rolul benefic al screeningului vizual la copil ca metodă de identificare a ambliopiei. Valoarea predictivă a screeningului este considerată a fi între 50 și 72,2%. Importanța screeningului vizual are o valoare mai mare în zonele (țările) cu resurse materiale reduse, în care și adresabilitatea la medic este mai redusă. Legislația țărilor puternic dezvoltate economic prevede recomandarea de a se testa prin screening vizual toți copiii de vârstă preșcolară. De altfel, Societatea Americană de Oftalmopediatrie (AAPOS), Societatea Europeană de Oftalmopediatrie (EUPOS) și Organizația Mondială a Sănătății au stabilit strict momentele controlului oftalmologic. Astfel, nou-născutului i se verifică obligatoriu, încă din maternitate, roșul pupilar iar copiii cu risc (prematuri, cu istoric de glaucom congenital familiar, de diabet, de retinoblastom) sunt examinați de oftalmolog încă din primele zile de viață. La copiii cu vârste între 6 luni și 1 an se recomandă practicarea de rutină a examenului roșului pupilar de către medicul de familie (pediatru). Screeningul vizual va fi efectuat obligatoriu la toți copiii între 3 ani și 3½ ani de către medicul de familie, optometrist, personal instruit sau oftalmolog. Toți copii de vârstă școlară vor fi examinați de oftalmolog și se vor cerceta totodată și “defectele de acomodare educațională” care pot fi determinate de boli oculare.

Țările dezvoltate au introdus efectuarea screeningului prin folosirea metodei numite fotoscreeningului. Prin această metodă se fotografiază polul anterior al copiilor și se urmăresc: reflexul cornean, prezența deviațiilor oculare, prezența leucocoriei etc. Fotografiile sunt apoi examina-

te de specialişti care vor selecta doar cazurile problemă, copiii find ulterior examinaţi şi trataţi. Se previne astfel apariţia ambliopiei strabice, refractive sau prin privare. În alte ţări, screeningul se realizează prin folosirea potenţialelor vizuale evocate.

Unele ţări au introdus controlul oftalmologic obligatoriu la copil, la vârste până la maxim 3 ani, părinţii fiind cointeresaţi prin acordarea unor bonificaţii materiale. Datorită screeningului vizual în ţările cu astfel de legislaţie medicală, prevalenţa ambliopiei la copilul mic este cuprinsă între 2 şi 5%, faţă de ţările în care nu este obligatorie efectuarea screeningului vizual la copilul mic, la care frecvenţa este 10-12%.

Dacă s-ar depista deficienţele vizuale precoce, cheltuielile necesare tratamentelor ulterioare (intervenţii multiple, dezambliopizarea etc) ar fi reduse. Studiul terapiei ambliopiei este extrem de important şi datorită efectelor socio-economice generate de această afecţiune. Se cunoaşte că riscul de pierdere a ochiului dominant creşte de 2,6 ori iar cheltuielile de îngrijire a cazurilor cu ambliopie sunt foarte mari (peste 50.000 $ faţă de 50$ în cazul screeningului pentru depistarea precoce a ambliopiei). Calitatea vieţii pacienţilor cu ambliopie este redusă: copiii vor avea rezultate şcolare slabe, apar modificări comportamentale sau sociale.

În anul 2022 s-a efectuat un screening oftalmologic și un screening nutrițional copiilor din cadrul Școlii Gimnaziale "Prof. Mihai Dumitriu" din Valea Lupului, Iași. Au fost analizați 636 subiecți între 3 și 15 ani. S-a realizat și analiza parametrilor nutriționali în vederea depistării obezității la copil. În urma studiului, s-au obținut următoarele date oftalmologice: din 636 subiecți, 83,4% sunt emetropi, cel mai prevalent viciu de refractie depistat a fost Astigmatismul 8,49%, urmat de Hipermetropie cu o prevalență de 1,57%, Miopia 5.34% și Anizometropia 2.35%. Deviațiile strabice identificate s-au clasificat în Esotropie: 1,25%, Exotropie: 0,15%. Din cazurile urmărite 105 copii au fost direcționați pentru un consult oftalmologic complet. Analiza screeningului nutritional a evidențiat că 10% din copiii din grădiniță au obezitate, 15,2% din copiii claselor 0-IV și respectiv 18,8% la copiii claselor IV-VIII au obezitate.

În concluzie, copilul poate fi examinat pentru prima dată din punct de vedere oftalmologic, și uneori este chiar strict necesar, fie imediat după naștere, fie până la vârsta de 1 – 3 ani. Screeningul oftalmologic dar și cel nutrițional este important la fel să se facă încă din copilărie (0-18 ani).

Chirurgia cataractei: o șansă pentru îmbunătățirea calității vieții

Cataracta reprezintă opacifierea progresivă a cristalinului, „lentila” din interiorul ochiului. Rolul acestuia constă în focalizarea pe retină a fasciculului de raze luminoase care străbat ochiul. Cristalinul este situat în spatele irisului și delimitează polul anterior al ochiului de polul posterior. În structura sa intră un nucleu central, înconjurat de mai multe straturi numite cortex, iar la suprafață e învelit de un țesut numit capsulă.

Dr. Cristina David
Medic primar oftalmolog

Odată cu înaintarea în vârstă, materialul cristalinian suferă modificări structurale și începe să își piardă transparența, devenind opac. Nucleul cristalinian îmbătrânit devine dur, îngroșat, uneori colorat în galben sau brun, iar cortexul care-l înconjoară capătă o culoare albă, vizibilă chiar cu ochiul liber, în aria pupilei la cazurile cu cataractă matură. Cataracta legată de vârstă este termenul utilizat pentru cataracta ce apare după vârsta de 50 de ani și care nu are o cauză evidentă, vârsta fiind cel mai important factor de risc. Alte influențe, ca de exemplu, toxice, nutriționale, de mediu și factori sistemici care afectează pacientul în cursul vieții, au un efect cumulativ. În afară de cataracta legată de vârstă, care este forma cea mai frecventă, există și alte cauze de cataractă.

Cataracta traumatică poate apărea imediat sau la un interval variabil de timp după un traumatism ocular prin contuzie, perforare cu obiecte ascuțite, corpi străini cu viteză mare sau șoc electric.

Dintre **afecțiunile sistemice care produc cataracta, diabetul zaharat este cea mai frecventă cauză.** Opacifierea cristalinului se produce la pacienții cu diabet chiar și cu 10 - 15 ani mai devreme. Pacienții tineri cu diabet insuficient controlat dezvoltă cataractă diabetică la vârste sub 40 de ani.

Cataracta congenitală are o incidență de 0,4% la nou-născuți iar cauzele includ infecții materne în perioada sarcinii (rubeola, toxoplasmoza), erori înnăscute de metabolism, afecțiuni ereditare și boli oculare.

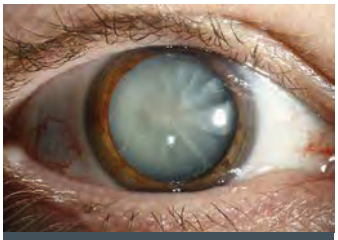
Cataracta asociată unor boli oculare se întâlnește în uveite, retinopatie pigmentară, miopia degenerativă, dezlipirea de retină și chirurgia vitreoretiniană.

Prevenție și factori de risc

Deși cataracta este adesea asociată cu îmbătrânirea, există măsuri pe care le putem lua pentru a preveni sau întârzia dezvoltarea acesteia. Evitarea expunerii prelungite la soare fără protecție, renunțarea la fumat, menținerea unei alimentații sănătoase și controlul bolilor cronice, cum ar fi diabetul, pot ajuta la reducerea riscului de cataractă.

Cum se manifestă cataracta

Vederea încețoșată a obiectelor aflate la distanță, contururi șterse, culori palide, estompate, senzația de orbire la privirea surselor de lumină strălucitoare,

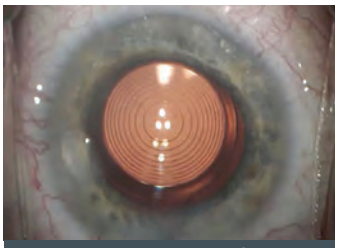


Cataracta matură

vedere dublă cu un singur ochi sunt simptomele cataractei. Schimbarea ochelarilor poate îmbunătăți doar temporar vederea. Administrarea unor picături pentru stoparea cataractei s-a dovedit ineficientă.

Când se recomandă intervenția chirurgicală

Recomandarea de intervenție chirurgicală este individualizată în funcție de nivelul acuității vizuale. Atunci când vederea este permanent încețoșată, aceasta influențează negativ calitatea vieții pacientului, împiedicând desfășurarea activităților cotidiene. Dacă se amână mult intervenția de cataractă pot apărea complicații grave determinate de degenerarea materialului cristalinian care depășește stadiul de cata-


Implant de cristalin multifocal

ractă matură: reacţii inflamatorii importante, creşterea presiunii intraoculare care pot duce în final la pierderea globului ocular.

Preoperator se recomandă o evaluare a stării de sănătate generală. Afecţiunile cardiovasculare trebuie să fie controlate și stabilizate. Diabetul zaharat nu reprezintă o contraindicaţie, dar echilibrarea valorilor glicemiei este necesară înaintea intervenţiei chirurgicale. Mulţi bolnavi de diabet prezintă frecvent cataractă și este recomandat să se opereze de cataractă atât pentru a-și îmbunătăţi acuitatea vizuală cât și pentru ca medicul oftalmolog să poată vizualiza retina, afectată adesea prin retinopatie diabetică ce necesită tratament specific.

Operația de cataractă

Operaţia de cataractă constă în extracţia cristalinului opacifiat, urmată de implantarea unui cristalin artificial. Extragerea cristalinului opacifiat se realizează cu ajutorul unui aparat ce generează ultrasunete, care fragmentează nucleul dur al cristalinului opacifiat în particule microscopice care apoi sunt aspirate, tehnică care se numește facoemulsificare **ultrasonică**. Cristalinul artificial, din material biocompatibil moale, foldabil, este implantat în locul cristalinului natural al ochiului ceea ce permite recuperarea vederii.

Cele mai performante cristaline artificiale sunt cele **trifocale** sau cu **extinderea câmpului de profunzime** care cuprind dioptrii pentru distanţă, intermediar și aproape, oferind pacientului vedere bună la toate distanțele și independenţă faţă de ochelari.

Durata intervenţiei chirurgicale este scurtă, 10-15 minute și se efectuează ambulator. Anestezia locală asigură confortul pacientului și lipsa durerii.

Operația de cataractă și sănătatea

Operația de cataractă îmbunătățește transmiterea luminii către retină și prin aceasta **reduce depresia, insomnia și crește atenția în timpul zilei.** Vederea bună este un element important în menținerea independenței. Studii recente arată că pacienții operați de cataractă au o îmbunătățire a stării generale de sănătate și trăiesc mai mult. **Expunerea la lumină influențează profund sănătatea și psihologia umană. Recomandând mai devreme operația de cataractă, medicii oftalmologi contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate, a calității vieții și la creșterea speranței de viață a pacienților lor.**

Centrele Novaoptic:
> Suceava, str. Petru Rareș nr. 41 tel. 0724 232 668
> Suceava, bdul G. Enescu nr. 9A tel. 0724 232 664
> Suceava, str. M. Viteazul nr. 21 tel. 0723 232 611
> Botoșani, str. Primăverii nr. 10 tel. 0724 232 667
NOVAOPTIC
www.novaoptic.ro

Anemia

O altă boală a sângelui este anemia. Anemia reprezintă scăderea numărului de celule roșii din sânge (RBC). Cei mai supuși riscului de anemie sunt pacienții cărora li se administrează o combinație de chimioterapie și radioterapie.

O parte importantă a globulelor roșii este reprezentată de hemoglobină, cea care transportă oxigenul prin corp. De aceea, când nivelul hemoglobinei scade, se reduce și nivelul oxigenului, iar organismul dumneavoastră trebuie să depună un efort mai mare pentru a compensa. Rezultatul final este acela că organismul dumneavoastră dă semne că este foarte obosit.

Nivelul normal al hemoglobinei din sânge este la femei de 11,8-15,5 mg/dl, iar pentru barbati de 13,5-17,5 mg/dl. În timpul administrării radioterapiei, nivelul hemoglobinei poate scădea sub aceste valori normale, așa că este indicat să îl controlați periodic pe tot parcursul tratamentului. Sunteți considerat anemic ori de cate ori nivelul hemoglobinei din sânge scade sub 10,0 mg/dl.

Semnele și simptomele anemiei sunt:

- slăbiciune sau astenie
- amețeală
- dureri de cap
- insuficiență respiratorie sau dificultăți în respirație
- dureri în piept sau palpitații
- iritabilitate
- senzație de greutate în partea superioară a picioarelor
- țiuit în urechi
- senzația de frig

Ce pot să fac pentru a preveni anemia ?

Deoarece distrugerea globulelor roșii reprezintă un efect secundar al radioterapiei și chimioterapiei, nu puteți face nimic pentru a preîntâmpina anemia. Aceasta va face să vă simțiți slăbit și obosit; de aceea, este foarte important ca atunci când sunteti anemic să încercați să faceți în așa fel încât organismul dumneavoastră să nu devină extrem de obosit. Iată ce trebuie să faceți în acest scop:

Odihniți-vă cât puteți pentru a vă economisi energia.

Dormiți suficient, inclusiv un pui de somn în timpul zilei.

Odihniți-vă din când în când în timpul activităților care vă obosesc.

Stabiliți o prioritate în activitățile dumneavoastră, activitățile importante sau care vă plac cel mai mult.

Cereți ajutor ca să pregatiți masa sau să faceți treburile casnice.

Fiți atenți să nu vă loviți atunci când sunteți amețiți.

Schimbați-vă poziția încet, mai ales atunci când treceți de la poziția culcat la poziția în picioare.

Când vă dați jos din pat, stați câteva minute pe marginea patului înainte de a vă ridica.

Încercați să aveți o dietă echilibrată.

Mâncați alimente bogate în fier (legume cu frunze verzi, ficat și carne roșie gătită).

Beți suficiente lichide.

Evitați cafeina și mesele bogate.

Luați suplimente cu fier.

Cum se tratează anemia?

Medicul dumneavoastră va poate instrui cum să luați zilnic medicamente care conțin fier sau poate recomanda o transfuzie.

Faceți injecții cu un factor de creștere. Aceste substanțe stimulează producerea de materiale specifice de către organism. Un important factor de creștere, folosit în cazul pacienților bolnavi de cancer stimulează dezvoltarea globulelor albe. Prin creșterea producției de globule albe de către organism, acest factor de creștere poate reduce riscul de a deveni anemic și de asemenea poate reduce numărul de transfuzii de sânge care pot fi necesare în timpul tratamentului dumneavoastră.

Factorii de creștere pot fi administrate de asistenta de la cabinetul de oncologie sau de dumneavoastră sau un membru al familiei. De îndată ce nivelul globulelor roșii a revenit la normal, nu va mai fi nevoie de injecții.

Sursa: Spitalul Victoria, Iași

De ce hormonii ne influențează viața?

MANAGEMENTUL TERAPIEI DE SUBSTITUȚIE HORMONALĂ

Farmacist Drd.
Cosmina Bengescu

Am ales ca de această dată să vorbim despre un subiect de mare interes în rândul specialiștilor, dar și în rândul pacienților din România: Terapia de substituție hormonală cu hormoni bioidentici (BHRT).

Această formă de tratament se regăsește în prezent într-un trend crescător și în același timp reprezintă o necesitate terapeutică, fiind dezvoltată și accesibilă oricărui pacient în țările dezvoltate, dpdv medical.

O dereglare hormonală poate avea un impact semnificativ asupra vieții pacientului. Hormonii sunt implicați în multe procese fiziologice, cum ar fi metabolismul, funcționarea sistemului imunitar, reglarea somnului și a stării de spirit, dezvoltarea oaselor și mușchilor, reglarea tensiunii arteriale și a nivelului de zahăr din sânge. Hormonii precum estrogenul, progesteronul și testosteronul pot influența în mod semnificativ starea de spirit și sănătatea mentală. Un deficit hormonal poate duce la anxietate, depresie, iritabilitate sau schimbări bruște de dispoziție.

Scopul terapiei de substituție hormonală este acela de a îmbunătăți calitatea vieții și a menține tinerețea la nivel celular.

Tratamentele de substituție hormonală sunt bine implementate în țările pe care ne dorim să le luăm ca exemplu în domeniul medical. Administrarea unui astfel de tratament se face doar sub atenta supraveghere medicală și pe baza unei anamneze complexe. Pe lângă analizele medicale necesare pentru siguranța tratamentului, acest tip de terapie folosește doar hormoni bioidentici, care au o structură moleculară identică cu cea produsă natural de organismul nostru. În ceea ce privește tehnica de preparare, **un laborator cu stardarde de cameră curată** este esențial pentru a gestiona riscul de contaminare.

Medicii înțeleg unicitatea hormonală a fiecărui pacient și doresc să ajute în cel mai sigur și corect mod posibil. De aici derivă opțiunea pentru tratamente personalizate de substituție hormonală, care sunt realizate corect într-un mediu cu puritate controlată.

În ceea ce privește managementul riscului, alegerea unei farmacii cu laborator cameră curată este crucială pentru succesul și siguranța tratamentului. Un laborator de acest fel ne asigură că medicamentul este preparat în condiții necontaminate. **Fluxurile de lucru într-un laborator de cameră curată sunt extrem de importante și trebuie respectate cu stricteț pentru evitarea riscurilor**. Odată cu punerea bazelor laboratorului cameră curată Crisia Farm, am dorit să desfășor această activitate de preparare personalizată, mai ales în rândul tratamentelor de Substituție Hormonală cu Hormoni Bioidentici la cel mai înalt nivel. Am ales această cale din respect pentru toți pacienții care au decis să-mi acorde încrederea dumnealor.

Bineînțeles că un tratament de substituție hormonală cu hormoni bioidentici se stabilește după un set bine determinat de analize hormonale, doar de către medicul specialist. Accesul la un tratament hormonal fără o prescripție medicală este foarte dificil. În farmacia mea, este practic imposibil, iar în cazul în care acest acces este permis fără prescripție, este un semnal de alarmă. Profilul hormonal poate fi interpretat doar de un medic specialist pregătit în acest domeniu și doar dumnealui poate prescrie un astfel de tratament. Automedicația cu aceste preparate este o decizie foarte periculoasă și poate provoca consecințe ireversibile și grave. Calitatea vieții fiecărei persoane este un aspect extrem de important pentru propria stare de bine. Atunci când vorbim despre simptomele neplăcute asociate menopauzei trebuie să privim medicul ca pe un aliat care ne poate ajuta să ne recâștigăm starea de bine.

Așa cum afirm întotdeauna, atunci când apare o problemă de sănătate, consultul medical este pasul corect și necesar pentru a recupera starea de bine, mai ales când vorbim despre un tratament de substituție hormonală.

Intervenție chirurgicală cu laser în cazul unui adenom de prostată gigant

În Clinica Urologie a Spitalului Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila" (SUUMC) s-a realizat, cu succes, o primă intervenție chirurgicală minim invazivă la un pacient cu simptomatologie urinară joasă care se datora unui adenom al prostatei de dimensiuni mari care nu a răspuns la tratamentul medicamentos.

La acești pacienți, intervenția endoscopică uzuală, respectiv rezecția transuretrală a prostatei (TUR-P), poate fi uneori foarte dificilă datorită dimensiunilor mari ale prostatei care pot duce la pierderi importante de sânge, prelungirea timpului operator și mai ales la imposibilitatea extragerii întregului țesut prostatic implicat, cu restanțe postoperatorii care pot duce la ameliorarea incompletă a simptomatologiei sau chiar la necesitatea repetării procedurii după un interval de timp variabil. Pentru a evita aceste riscuri, pacienților li se propunea intervenția chirurgicală clasică, deschisă, ca fiind singura care era capabilă să elimine în întregime țesutul patologic într-un interval de timp rezonabil și cu riscuri minime.

Odată cu perfecționarea sistemelor LASER cu aplicabilitate în medicină, și sistemele bazate pe Holmium-YAG larg folosite în urologie de ani buni s-au perfecționat, devenind mult mai fiabile și cu performanțe îmbunătățite. Dacă la început le foloseam doar în scopul fragmentării calculilor urinari, în prezent pot fi folosite și pe țesuturile moi, permițând tăierea și coagularea întocmai ca un bisturiu electric modern, diferența constând în dimensiunile extrem de mici ale fibrei optice care este purtătoarea energiei (sub jumătate dintr-un milimetru), ceea ce le face extrem de utile în intervențiile endoscopice unde este nevoie de precizie extremă.

Sistemul LASER alături de sistemele de endoscopie dedicate achiziționate recent de Clinica urologie a SCUMC, au permis punerea la punct a intervenției numită "enucleere transuretrală a prostatei cu LASER Holmium-YAG", cunoscută comunității urologice internaționale ca HoLEP (Holmium LASER enucleation of prostate).

În principiu, acest tip de intervenție îmbină avantajele celor două tipuri de operații folosite până acum adică o bună enucleere a țesutului patologic folosind un plan anatomic existent întocmai ca în operațiile deschise totul făcându-se transuretral, minim invaziv, întocmai ca în rezecțiile uzuale (TUR-P). În final pacientul este complet vindecat, cu rezultate superpozabile pe acelea ale intervențiilor deschise, dar fără a avea neplăcerea unei incizii abdominale.

Intervenția a avut loc în blocul operator al Clinicii de urologie, într-o echipă mixtă româno-germană, cu participarea D-lui Dr. Armin Secker, șeful secției de endourologie și litiază urinară a Spitalului Universitar din Muenster, medic cu mare experiență în acest tip de intervenții. Din partea română a participat Col. medic dr. Marius Dinu, șeful Secției Urologie SUUMC și Col. medic Conf. univ dr. Ovidiu Bratu, medic primar urolog.

Suntem convinși că implementarea în practica medicală a noilor tehnologii, în colaborare cu colegi din centre cu experiență va aduce beneficii pacienților care se adresează cu încredere SUUMC.

Bio Active MC,
produs japonez de excepţie!

Am fost contactaţi de aparţinătorii a două persoane care au folosit Bio Active MC.

Iată 2 cazuri noi:

1. Doamnă din judeţul Braşov, cu vârsta de 40 ani şi 2 naşteri. Ca urmare a unor investigaţii, a fost descoperit un chist de 2 cm pe ovarul drept. Medicul a recomandat doar urmărirea lui la fiecare 3-4 luni. Doamna a decis să administreze câte 3 pliculeţe/zi de Bio Active MC Oyama Agaricus, iar la următoarea investigaţie, chistul nu s-a mai observat.

2. Domn din judeţul Arad, 62 ani, tumoră la vezică. Organismul a rezistat cu greu tratamentului de chimioterapie. În paralel cu tratamentul medicului a luat câte 2 pliculeţe/zi de Bio Active MC Oyama Agaricus. După o perioadă de 7 zile a observant că stările de rău s-au ameliorat, a reuşit să se hrănească mai bine şi să se odihnească noaptea. Starea generală a fost suficient de bună astfel încât să îşi poată relua activităţile zilnice.

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

farmacia APOTECA

Distribuitor, Importator:
Euro Japan Trading

Recomandăm achiziţionarea din punctele de distribuţie menţionate pe site-ul nostru (farmacii sau magazine naturiste) şi verificarea compatibilităţii produsului cu tratamentul dat de medicul curant.

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

Importator:
SC Euro Japan Trading,
Tel/Fax: 0368/ 452 849
Mobil: 0723.93.30.17
E-mail: office@ejtrading.eu •
Web: www.ejtrading.eu

De ce Bio Active MC?

- Deoarece sănătatea este mai bună decât toate şi meriţi să ai parte de ea!
- Deoarece conţine 100% extract din ciuperca Agaricus Blazei Murill, denumită „Ciuperca lui Dumnezeu", cunoscută pentru acţiunea anti-tumorală puternică.
- Deoarece ciuperca este cultivată în mediu natural, nu în seră, fără îngrăşăminte chimice.
- Deoarece **Bio Active MC** îţi oferă garanţia calităţii japoneze, prin mărcile primite de la asociaţii de Medicină Alternativă şi Complementară din Japonia.
- Deoarece îl achiziţionezi din farmacie sau plafar, cu indicaţii de administrare personalizate.
- Deoarece vezi minime îmbunătăţiri ale stării de sănătate în 10-12 ZILE!
- Deoarece sănătatea este mai bună decat toate şi meriţi să ai parte de ea!
- Conţine 120 de elemente necesare organismului (minerale, aminoacizi, oligoelemente) şi este uşor de înghiţit şi uşor de asimilat!

Dezinfectanții: întrebări și răspunsuri

Ce este un dezinfectant? Această soluție conține una sau mai multe substanțe capabile să omoare sau inactiveze anumite structuri vii sau abiotice, ferind astfel ajungerea lor în organismul uman. O structură vie poate fi o bacterie. O structură abiotică poate fi un virus, care are neapărată nevoie de o gazdă pentru a se multiplica (asta îl interesează, să-și producă multe copii). Suntem bombardați în mod constant de bacterii și virusuri. Unele nu au capacitatea de a ne face ceva rău, altele dau afecțiuni ușoare, iar altele duc la probleme grave.

Ce dezinfectăm?

Mai ales mâinile, că le folosim cel mai des și sunt vectori pentru transmiterea agenților patogeni. Nu știu câți conștientizează exact de câte ori duc mâinile la gură, ochi, nas, fără ca ele să fie curate. Un studiu a arătat că-n medie, ducem mâinile pe față și de peste 20 de ori pe oră! Iată de ce este important ca ele să fie cât mai curate, să le spălăm bine cu apă și săpun, să folosim un dezinfectant potent, de calitate.

Cât dezinfectant folosim?

Cam 3-5 mililitri sunt suficienți pentru mâini, apoi frecăm bine mâinile pentru a uniformiza substanța. Suprafețele pot fi dezinfectate prin pulverizare sau ștergere cu un șervețel.

Este periculos pentru sănătate?

Nu. Pe lângă rolul său de a distruge virusurile, bacteriile și fungii, un dezinfectant trebuie să nu atace pielea sau alte componente ale corpului, să nu dăuneze mediului înconjurător. Produsele se testează riguros, se supun unor norme UE și au mai multe teste realizate în laborator. Spre exemplu, în cazul companiei Farmec care mi-a oferit ajutorul în conceperea acestui material, s-au făcut studii multiple, s-au obținut aprobări, abia apoi au fost puse produsele pe piață.

Ce înseamnă un biocid? Biocidul poate fi o substanță sau amestec de substanțe capabil să omoare organismele.

Dezinfectantul este un biocid?

Da, face parte din marea categorie a biocidelor, unde mai intră de exemplu pesticidele sau insecticidele.

Este alcoolul un biocid?

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, e nevoie de o concentrație a alcoolului de cel puțin 70% pentru acțiune virucidă. Cum ne interesează cu precădere acum protecția împotriva SARS-Cov-2, un biocid cu minim 70% alcool este eficient pentru distrugerea acestui virus nou.

De ce folosim alcool și nu clor?

Clorul poate ataca pielea, dând diverse iritații. Nu este recomandat decât pentru suprafețe.

Acum umblăm cu dezinfectanții la noi?

Unele gesturi ar fi bine să ne devină absolut naturale, date fiind vremurile prin care trecem. Un flacon de 150 de mililitri poate fi purtat cu ușurință într-o geantă, în rucsac, în mașină. Acasă sau la locul de muncă putem folosi recipiente mai mari, de 3 sau 5 litri.

Cât continuăm să ne dezinfectăm?

Pe scurt, n-ar trebui să ne limităm la această pandemie, pentru că mâinile curate reprezintă un fundament al sănătății. E bine să le dezinfectăm de fiecare dată când atingem o suprafață de contact des, când atingem alte persoane. E un gest relativ mărunt care contează enorm pentru corpul nostru.

Autor – dr. Vasi Rădulescu

Adenocarcinom cefalopancreatic borderline

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 69 de ani, diagnosticată la examinarea CT în urmă cu aproximativ 5 luni cu o tumoră cefalopancreatică. Tumora vine în contact cu vena portă și artera hepatică comună.

Col. medic dr. Ștefănescu Victor-Constantin,
medic primar chirurgie generală, competență Chirurgie laparoscopică, doctorand în științe medicale/ Secția Clinică Chirurgie generală I.
https://drvictorstefanescu.ro/

Pe baza investigațiilor imagistice și a biopsiei de la nivelul formațiunii tumorale, pacientei i s-a pus diagnosticul de adenocarcinom cefalopancreatic borderline, prin afectarea arterei hepatice comune și a venei porte. Criteriile pentru care tumora a fost încadrată ca adenocarcinom cefalopancreatic borderline au fost contactul tumorii cu artera hepatică comună fără extensia la nivelul trunchiului celiac iar în cazul venei porte, contactul tumorii cu vena portă < 180 grade, cu contur neregulat al acesteia.

În urma discuției cazului într-o echipa multidisciplinară s-a stabilit ca și modalitate de tratament efectuarea chimioterapiei neoadjuvante și ulterior intervenția chirurgicală cu viză curativă. Pacienta a efectuat chimioterapie neoadjuvanta 6 cure cu scopul de a reduce dimensiunea tumorală. După efectuarea tratamentului chimioterapic neoadjuvant, la ultima evaluare imagistică s-a constatat un ușor răspuns dar cel mai încurajator a fost răspunsul markerului CA19-9 care a scăzut până la o valoare apropiată de normal. În aceste condiții s-a luat decizia intervenței chirurgicale.

În cadrul intervenției chirurgicale s-a realizat duodenopancreatectomie cefalică (cunoscută sub numele de procedură Whipple) în care au fost îndepărtate «în bloc» capul pancreasului împreună cu duodenul, vezicula biliară, porțiunea terminală a stomacului și o porțiune din calea biliară principală. Din cauza invaziei cunoscute de artera hepatică comună s-a realizat rezecție segmentară de arteră hepatică comună pe o lungime de aproximativ 3 cm cu reconstrucția acesteia prin anastomoză termino-terminală între artera hepatică proprie și artera hepatică comună, prin sutură continuă cu fire de polypropylene 7-0, cu ajutorul lupelor chirurgicale.

De asemenea, tumora fiind în contact cu vena portă s-a realizat rezecția segmentară a porțiunii afectate cu reconstrucția acesteia prin anastomoză termino-terminală prin sutură continuă cu fire de polypropylene 5-0. Ulterior, s-au efectuat refacerea continuității intestinale prin anastomoză pancreaticojejunală, hepaticojejunală și gastrojejunală.

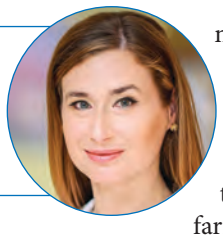
Intervenția chirurgicală a decurs fără probleme având o durata de aproximativ 7 ore, cu pierderi de sânge minime (< 300 ml). Postoperator, pacienta a fost transferată pe secția Terapie Intensivă pentru o durată de 4 zile, apoi fiind transferată pe Secția Clinică Chirurgie 1.

În contextul aplicării protocoalelor Enhanced Recovery After Surgery (ERAS – Recuperare îmbunătățită după operație, tehnică medicală perioperatorie multimodală, concepută pentru a obține recuperarea timpurie a pacienților supuși unei intervenții chirurgicale majore), evoluția postoperatorie a fost favorabilă, cu reluarea precoce a alimentației orale și a tranzitului intestinal, pacienta externându-se în ziua a 9-a postoperator.

Rolul geneticii în cardiologie

Genetica este studiul științific al genelor și al eredității sau, altfel spus, studiază cum anumite trăsături și calități sunt transmise de la părinte la copii ca urmare a modificărilor secvențelor ADN. Întreg materialul genetic al unui organism, incluzând aici și genele, dar și alte elemente responsabile de controlul și activitatea genelor, alcătuiește genomul. La om, genomul este stocat la nivelul nucleului celulei, iar acesta este aproape același pentru toți oamenii, cu mici variații.

Dr. Iris Bararu-Bojan,
Medic primar
Cardiologie



Afecțiunile cardiovasculare rămân principala cauză de deces în majoritatea țărilor lumii. Sunt incluse boala coronariană, afecțiunile cerebrovasculare, boala arterială periferică, tromboembolismul pulmonar sau afecțiunile cardiace congenitale. Genetica moleculară și farmacogenetica joacă un rol cheie în diagnosticul, prevenția și tratamentul afecțiunilor cardiovasculare. Tehnologiile folosite în genetica moleculară au permis cartografierea cromozomilor și identificarea multor gene implicate în etiologia primară a unor afecțiuni.

Testarea genetică este folosită pentru confirmarea unor suspiciuni de afecțiune cu transmitere ereditară, cum ar fi cardiomiopatia hipertrofică sau hipercolesterolemia familială, afecțiuni ce pot pune la risc nu doar pacientul, dar și familia acestuia.

Majoritatea afecțiunilor cardiovasculare au o etiologie plurifactorială și multigenică, astfel încât în dezvoltarea afecțiunii intervin elemente precum mediul, stilul de viață, expunerea la factori de risc și factorii de risc genetici polimorfi. Cu toate acestea, există afecțiuni monogenice, în care prin modificarea unei singure gene va fi dezvoltată afecțiunea. Acestea, dacă nu sunt recunoscute și tratate la timp, duc la dezvoltarea prematură a afecțiunilor cardiovasculare și chiar la deces prematur.

Până în prezent, au fost identificate peste 100 de afecțiuni cardiovasculare monogenice și este estimat că aproximativ 10 milioane de oameni la nivel global suferă de o formă sau alta. De regulă, aceste afecțiuni sunt caracterizate prin debut precoce, uneori chiar în viața prenatală, cu simptomatologie severă și rată mare de dizabilitate și deces. Se pune astfel accent pe importanța diagnosticării și tratamentul la timp, motiv pentru care această știință este în continuă dezvoltare, iar noile tehnici de secvențiere genetică permit diagnosticarea indivizilor înainte ca aceștia să prezinte simptome.

Cea mai răspândită afecțiune cardiovasculară monogenică este reprezentată de hipercolesterolemia familială, identificată la aproximativ 1 din 200 de persoane. Modificările implicate sunt mutații ale genelor receptorului pentru LDL-colesterol, a apolipoproteinei B și a PCSK9. Astfel sunt înregistrate în sânge cantități mult crescute de colesterol, care reprezintă un factor de risc important pentru dezvoltarea bolii coronariene sau a atacurilor vasculare cerebrale.

Cardiomiopatia hipertrofică este cea mai frecventă afecțiune cu determinism genetic și afectare primară a mușchiului inimii. Au fost identificate mutații a 11 gene și a proteinelor implicate în dezvoltarea sarcomerului cardiac (unitatea funcțională a mușchiului inimii), ce contribuie la apariția a peste 1400 de variante distincte responsabile de dezvoltarea cardiomiopatiei hipertrofice. Această afecțiune, odată diagnosticată, presupune controale cardiologice și genetice și în cazul membrilor familiei, întrucât poate afecta tinerii aparent sănătoși și poate debuta prin aritmii amenințătoare de viață sau chiar prin moarte subită.

Dintre factorii de risc cardiovascular, dieta nesănătoasă este una dintre cauzele cele mai importante de morbiditate și mortalitate la nivel global. Conform estimărilor Organizației Mondiale a Sănătății, factorii de risc nutrițional au cea mai mare pondere dintre toți factorii de risc în ceea ce privește mortalitatea cauzată de factorii de risc. În consecință, o direcție de studii științifice este orientată spre identificarea determinanților genetici ai modelelor alimentare ale populației.

Încă în stadiul de cercetare, există o serie de terapii genetice care presupun transferul unor vectori ce conțin o anumită informație genetică, într-o zonă a corpului ce nu dispune în mod natural de o anumită proteină sau când aceasta este nefuncțională. Un astfel de studiu a încercat injectarea epicardică a unor substanțe conținând gene responsabile de proliferarea vasculară, în încercarea de a ajuta inima să dezvolte vase noi de sânge, în cazul pacienților cu boală coronariană.

Testarea genetică este o metodă esențială în gestionarea varietății de afecțiuni cardiovasculare moștenite, dar trebuie să reținem că este o opțiune la care apelăm în urma indicației unui medic, dacă un pacient este suspectat de o afecțiune care se pretează testării. Uneori, indicația de testare genetică se extinde și asupra indivizilor sănătoși, dar care au un membru al familiei diagnosticat cu o afecțiune cu transmitere ereditară, cu scopul de a stabili riscul ca acesta să dezvolte afecțiunea și de a aprecia severitatea ei.

Sursa: Arcadia Hospital

Obezitatea- problemă de sănătate a lumii moderne

Obezitatea este una dintre cele mai grave provocări cu privire la sănătatea publică din secolul XXI. Această problemă este regasită la nivelul întregii planete și afectează constant multe țări, în special populația din mediul urban.

Dr. Claudia Ciocan,
Medic Medicină Generală,
Masterand Nutriție și
Siguranță Alimentară

Obezitatea este o boală complexă și are etiologie multifactorială. Este a doua cea mai frecventă cauză de deces care poate fi prevenită, după fumat. Obezitatea presupune strategii de abordare pe mai multe direcții și poate necesita un tratament pe tot parcursul vieții. O pierdere în greutate de 5% până la 10% poate îmbunătăți semnificativ sănătatea, calitatea vieții și povara economică a unui individ și a unei țări în ansamblu.

Cauza fundamentală a obezității și a excesului de greutate este un dezechilibru energetic între aportul caloric și caloriile metabolizate.

Conform OMS, obezitatea la nivel mondial aproape s-a triplat din 1975.

- În 2016, peste 1,9 miliarde de adulți, cu vârsta de 18 ani și peste, erau supraponderali. Dintre aceștia, peste 650 de milioane erau obezi.
- 39% dintre adulții cu vârsta de 18 ani și peste erau supraponderali în 2016, iar 13% erau obezi.
- Cea mai mare parte a populației lumii trăiește în țări în care supraponderalitatea și obezitatea ucid mai mulți oameni decât subponderalitatea.
- 39 de milioane de copii cu vârsta sub 5 ani erau supraponderali sau obezi în 2020.
- Peste 340 de milioane de copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 5 și 19 ani erau supraponderali sau obezi în 2016.

Glicemia și nivelul serotoninei din creier au rol important în reglarea apetitului.

Serotonina este un mediator chimic ce asigură comunicarea între celulele neuronale și transmiterea impulsurilor nervoase către organism.

Când bilanțul energetic se pozitivează, aportul alimentar fiind superior caloric consumului energetic solicitat de funcțiile vitale, organismul va depozita excesul sub formă de glicogen (în ficat și mușchi) și în trigliceride stocate în țesuturile adipoase.

O creștere a inactivității fizice ca urmare a naturii din ce în ce mai sedentare a stilului de viață, schimbarea modurilor de transport și creșterea urbanizării, sunt cauze ale scăderii numărului de calorii consumate.

Obezitatea poate fi și secundară anumitor afectiuni ca de exemplu hipotiroidismul, hipercorticismul (obezitatea facio-tronculară, semnele de hipercatabolism), tumorile hipotalamice sau hipofizare, cauzele genetice.

Obezitatea (în mod particular cea abdominală), alături de hiperglicemie, creșterea TA și dislipidemie (creșterea triglice-

ridelor, scaderea HDL-colesterolului) fac parte din sindromul metabolic care este factor de risc pentru apariția bolilor cardiovasculare și a diabetului zaharat.

Cele mai frecvente complicații ale obezității sunt:

- cardiovasculare (HTA, evenimente coronariere, hipertrofie ventriculară, insuficiența cardiacă, AVC, boli tromboembolice)
- respiratorii (dispnee de efort, sindrom restrictiv, sindrom de apnee în somn, hipoventilație alveolară, astm)
- osteoraticulare (gonartroză, lombalgii, hiperuricemie, gută)
- metabolice, endocrine (sindrom metabolic, insulinorezistență, DZ tip 2, hipertrigliceridemie, hipo HDL-emie, sindromul ovarelor polichistice, hipofertilitate, hipogonadism masculin)
- digestive (steatoză hepatica, hernie hiatală, refulx gastroesofagian, litiaze biliare)
- cutanate (micoze ale pliurilor, macerații, limfedem, hipersudorație)
- cancere la femeie (endometru, col uterin, ovar, sân) și la bărbat (prostată, colon, rinichi)
- psihosociale
- risc operator
- complicatţi obstetricale

Tratamentul obezității are ca obiectiv obținerea unei greutăți corporale rezonabile, obiectiv fixat după evaluarea clinică detaliată și ținând cont de dorința pacientului.

Pierderea in greutate trebuie să fie de 5-10% din greutatea maximă. Atingerea acestui obiectiv cu un ritm de scădere de 2 până la 3 kg/ luna va permite pacientului o ameliorare semnificativă a complicațiilor.

Un alt obiectiv important este menținerea greutății pierdute, stabilizarea sau prevenirea creșterii ulterioare în greutate pentru evitarea efectului „yo-yo" (o scădere ponderală într-o primă etapă urmată de o creștere ponderală, care duce la o greutate finală mai mare decât cea inițială. Nu este de neglijat obținerea unei ameliorări a calității vieții.

Într-o primă fază se recomandă un regim igieno-dietetic personalizat, activitate fizică controlată, consult psihologic sau medicație specială.

Utilizarea unui supliment cu crom (de exemplu drojdia patentată ChromoPrecise®) poate ajuta la controlul greutății și poate avea efecte benefice asupra compoziției corpului dar și pentru scăderea poftei pentru alimente dulci, adesea bogate în calorii.

În boala cronică, în cazurile severe se practică și tratamentul chirurgical (by pass gastric sau gastric sleeve).

Pentru atingerea obiectivului este indicată evaluarea pacientului de către o echipă multidisciplinară (nutriționist, medic specialist în diabet/ nutriție, endocrinologie, gastroenterologie, cardiologie, chirurgie, psiholog sau psihiatru).

Reconstrucția bilaterală a articulației temporo-mandibulare

Recent, în premieră pentru medicina militară românească și probabil pentru chirurgia națională, în blocul operator al Secției Clinice Chirurgie Orală și Maxilofacială a Spitalului de Urgență Universitar Militar Central "Dr. Carol Davila" s-a realizat intervenția chirurgicală de reconstrucție bilaterală a articulației temporo-mandibulare cu proteze articulare complete bicomponente (titan și UHMWPE – polietilenă cu masă moleculară foarte mare) realizate specific pentru acest caz, operație realizată în cazul unui pacient diagnosticat cu anchiloză temporo-mandibulară post-traumatică bilaterală.

Articulația temporo-mandibulară (ATM) este structura ce unește craniul de mandibulă, ea permițând închiderea și deschiderea gurii, dar și mișcările de lateralitate ale mandibulei. În interiorul acestei articulații se realizează mișcări complexe de glisare și rotație coordonat și echilibrat – balansat stânga-dreapta (ținând seama că un singur os, mandibula, se articulează în 2 puncte cu baza craniului într-o manieră similară unui balansoar).

Articulația este formată din capetele osoase articulare acoperite de cartilaj, discul articular și numeroase ligamente. Această articulație se deschide și închide de aproximatv 2000 de ori pe zi, contribuind la procesul de masticație, fonație și deglutiție, fiind astfel cea mai activă din corp.

Procesele patologice ce afectează articulațiile din corpul uman (boli inflamatorii, degenerative, traumatice, congenitale etc.) pot afecta și articulația temporo-mandibulară, rezultând un tablou clinic specific.

Dintre acestea, anchiloza ATM este definită ca fiind o aderență osoasă sau fibroasă între componentele articulare anatomice, însoțită de limitarea deschiderii gurii. Forma unilaterală este mai frecventă decât cea bilaterală.

Frecvenţa acestei afecţiuni este mai mare la copii decât la adulţi, iar principalele cauze sunt (în ordinea importanței): traumatismele directe și indirecte care interesează această zonă (lovituri, căderi pe benton), infecţiile loco-regionale, poliartrita reumatoidă și inflamații ale articulației produse de factori generali.

Uneori, când o lovitură apare în perioada copilăriei, aceasta este trecută cu vederea, pentru că efectele nu apar imediat ci la distanță (prin dezvoltarea asimetrică stânga – drepta). De cele mai multe ori, pacientul nici nu își amintește să se fi lovit vreodată în momentul în care

este diagnosticat cu anchiloză.

Ca simptomatologie, la adult, se constată limitarea sau chiar absența mișcărilor mandibulare ce induce: leziuni dentare și parodontale (determinate de o igienă orală greu de realizat), tulburări funcționale (masticație, deglutiție, fonație), precum și modificări ale fizionomiei, dar fără modificări de dezvoltare ale oaselor maxilare.

La copil, urmările anchilozei sunt mai severe și ușor de identificat întrucât pe lângă simptomele menționate la adult se adaugă dezvoltarea defectuoasă a aparatului dento-maxilar, cu implicații funcționale și estetice mai importante.

Inițial, pacientul s-a prezentat în cadrul secției de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială pentru asimetrie facială prin retrudarea mandibulei și imposibilitatea permanentă a deschiderii gurii, însoțită de tulburări de masticație și fonație. Din analiza documentelor medicale ale pacientului a reieșit că în urmă cu aproximativ 3 ani acesta a suferit un accident de muncă soldat cu fractură triplă de mandibulă (condiliană bilaterală și simfizară) pentru care s-a instituit tratament chirurgical incomplet.

Dupa examinarea clinică, s-a decis efectuarea unei tomografii computerizate de tip CBCT (cone beam computed tomography – tomografie computerizată cu fascicul conic) a întregului craniu, investigație care a evidențiat prezența unor blocuri osoase la nivelul articulațiilor temporo-mandibulare bilateral, cu dispariția spațiului articular bilateral.

Pe baza examenului clinic și a explorării imagistice, s-a stabilit diagnosticul de anchiloză temporo-mandibulară bilaterală post-traumatică și se decide necesitatea realizării intervenției chirurgicale: artroplastie completă bilaterală temporo-mandibulară cu proteze articulare bicomponente din titan și UHMWPE „patient specific“ (personalizate).

În consecință, echipa medicală, cu sprijinul logistic al spitalului și în colaborare cu un partener economic privat, a realizat planificarea chirurgicală virtuală, având la bază imaginile obținute în urma efectuării CBCT-ului. Astfel, au putut fi generate ghidurile chirurgicale dar și protezele articulare "patient specific" (personalizate).

Pe parcursul celor opt ore cât a durat operația, au fost atinși mai mulți timpi operatori dintre care menționăm: realizarea, de necesitate, a intubației pe traheostomă, rezecția blocurilor anchilotice temporo-mandibulare bilateral cu ajutorul ghidurilor chirurgicale printate 3D și reconstrucția bilaterală a ATM cu proteze articulare din titan "patient specific" (personalizate).

Intervenția chirurgicală s-a desfășurat sub coordonarea Maior medic dr. Adrian Gabără și supervizată de șeful Secției, Colonel medic dr. Cătălin Dumitru, cu Mr. medic dr. Ioana Bratu, medic specialist ATI. Echipa a fost întregită de medicii rezidenți chirurgie maxilofacială – Sergiu Sitaru, Mirela Radu, Victor Burloiu, Radu Todosi, Mihnea Popescu, Lorena Burlacu și Adela Ceau; Robert Mistrianu medic rezident ATI, asistentele de bloc operator – Preda Camelia, Ilie Viorela și infirmiera Pătrașcu Cătălina.

La finele intervenției chirurgicale, pacientul a fost transferat, pentru 48 de ore în Secția ATI, pentru monitorizarea funcțiilor vitale. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă sub tratament antialgic, antiinflamator, antibiotic, antisecretor și anticoagulant injectabil.

La revenirea în Secția Clinică Chirurgie Orală și Maxilo-Facială au fost suprimate: traheostoma, cateterul venos central, tuburile de dren și sonda urinară. După alte trei zile, pacientul s-a externat cu stare generală bună, afebril și plăgi chirurgicale în curs de vindecare.

Ulterior, respectiv după 14 zile, pacientul a revenit pentru reevaluare și reechilibrare ocluzală dar și pentru a începe procedurile de recuperare medicală și fizioterapie, proceduri care au fost realizate în Secția Recuperare Medicală II, de către Col. medic dr. Chiriac Ovidiu. În perioada următoare, pacientul și-a continuat gimnastica medicală și va urma un plan de reabilitare protetică.

În prezent, starea generală a pacientului este bună, plăgile chirurgicale sunt vindecate și, cel mai important, funcționalitatea a fost reluată.

Sursa: Spitalul Clinic de Urgență Militar Central București

Septicemia în spital

La orice nivel în sistemul de sănătate, profesioniști-pacienți, prevenirea și controlul infecțiilor (PCI), inclusiv acțiunea de igienă a mâinilor, trebuie să fie un marker al asistenței medicale de calitate.

Pe plan global, se estimează că septicemia afectează în fiecare an mai mult de 30 milioane de pacienți. Chiar dacă apare de cele mai multe ori înainte de internarea pacientului, septicemia poate rezulta și în urma spitalizării, ca parte a infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM), și poate complica aceste IAAM.

În România, rezultatele înregistrate pentru anii 1995-2015 indică un nivel extrem de scăzut al incidenței IAAM, din cauza atât a subraportării cât și a subdiagnosticării acestui tip de infecție în spitalele din România. Pentru anul 2015 infecțiile digestive au reprezentat 33,1% din totalul IAAM raportate; numărul lor a crescut cu 34,8% față de anul 2014; în raport cu anul anterior, s-au înregistrat creșteri ale numărului raportat de IAAM pe total (15,9%), cât și pentru următoarele categorii: septicemii (27,5%), infecții ale plăgilor operatorii (11,8%) și infecții urinare (9,6%). Numărul IAAM raportate în anul 2016 a fost de 16175 cazuri, dintre care cele mai multe digestive (5695), respiratorii (3063), urinare (2419) și de plagă chirurgicală (2276). Numărul de septicemii dobândite în spitale a fost de 1209 cazuri, cele mai multe raportate de municipiul București (368 cazuri) și județele Timiș (282), Cluj (180) și Iași (118 cazuri).

Septicemia (Sepsis) apare ca răspuns al organismului atunci când infecția afectează țesuturile și organele. Dacă nu este recunoscută din timp și gestionată prompt, poate duce la șoc septic, insuficiențe multiple de organ și deces. Este o complicație gravă a infecției în toate țările și în mod particular în țările slab și mediu dezvoltate reprezintă o cauză majoră de morbiditate și mortalitate maternă și neonatală.

Deși este dificil de stabilit povara globală prin septicemie, câteva publicații științifice au raportat că septicemia afectează în fiecare an mai mult de 30 milioane de oameni, cu potențial letal pentru 6 milioane. Septicemia este frecvent subdiagnosticată în stadiul precoce, potențial reversibil. În comunitate, se prezintă deseori ca o agravare clinică a infecțiilor frecvente și prevenibile. Septicemia poate rezulta de multe ori din infecții asociate asistenței medicale, ca unul din cele mai frecvente evenimente adverse din perioada spitalizării. Cum aceste infecții sunt de multe ori rezistente la antibiotice, pot conduce rapid la deteriorarea stărilor clinice.

Cine trebuie să acționeze?

- Personalul medical trebuie să-și îmbunătățească igiena mâinilor;
- Directorii și personalul de conducere trebuie să susțină promovarea igienei mâinilor și programele de PCI, pentru protejarea pacienților de septicemie;
- Coordonatorii programelor PCI să promoveze igiena mâinilor și componentele esențiale ale PCI;
- Decidenții politici să susțină și la nivel național angajamentul față de măsurile și programele PCI.

Măsurile simple și ieftine de prevenire și control al infecțiilor, mai ales igiena corespunzătoare a mâinilor, pot reduce prevalența IAAM cu mai mult de 50%. De asemenea, schimburile de experiență între spitale pot reprezenta o modalitate de educație bidirecțională în domeniul siguranței pacienților și al calității îngrijirilor medicale.

Sursa: SCJU Constanța

Prof. Dr. A. Aslan
GEROVITAL®
H3 DERMA+
PIELEA TA ARE ÎNTOTDEAUNA DREPTATE.
Ai grijă de ea cu Gerovital H3 Derma+
Produse testate sub control dermatologic.
Eficiență demonstrată clinic.
PHARMACEUTICAL CONCEPT
PIELE IRITATĂ, SENSIBILĂ
TEN MIXT, ACNEICĂ, LIPSIT DE FERMITATE
TEN DESHIDRADAT, USCAT
farmec.ro
farmec.romania
gerovital.romania
gerovital.romania

BANGKOK botanica

Eficiența plantelor asiatice

Produse pe bază de extracte botanice

- Centella Asiatică, Garcinia Mangostana, Arbore de ceai, Floare de Dud -

Inovație în terapia cicatricilor

Pentru cicatricile noi și vechi provocate de:
Acnee, Arsuri, Intervenții chirurgicale, Accidente, Dermabraziune

- Gel cu silicon și extract de ceapă -12%
- Nu conține conservanți
- Gelul intră rapid în piele

Gel cu silicon pentru cicatrici

Cicatricile nu vor mai rămâne pe pielea copilului tău

Pentru cicatrici și inflamații provocate de:
Arsuri, Tăieturi, Julituri,Înțepături de țânțari, Vânătăi, Intervenții chirurgicale, Dermatite atopice.

- Special creat pentru pielea sensibilă a copiilor (2-12 ani)
- Gel cu silicon și extract de ceapă -10%

Gel cu silicon pentru cicatrici la copii

Acneea poate fi o amintire

Conceput pentru persoanele cu probleme de acnee, atât pentru **acneea feței,** cât si pentru **acneea spatelui**. Se aplică punctual pe coș.

- Elimină rapid coșurile
- Nu produce iritații
- Sigur și Eficient
- Testat clinic
- Previne apariția cicatricilor post acnee

Gel pentru piele cu acnee

Acneea poate fi o amintire

Ideal pentru acoperirea zonelor puțin accesibile ale corpului (spate, piept, brațe).

Spray pentru acneea de pe corp

- Curăță pielea de coșuri și pete
- Intră rapid în piele
- După aplicare pielea nu rămâne lipicioasă
- Are un miros plăcut

NU conține:
antibiotice,
acid salicilic,
peroxid de benzoil

Cremă hidratantă pentru pielea uscată sau iritată

Cremă calmantă care conține ingrediente din plante și ceramidă, pentru pielea atopică, uscată, iritată sau sensibilă cu mâncărime.

- Reduce inflamația
- Hidratare superioară
- Calmează roșeață și iritația
- Nu conține parfum

Restabilește bariera protectoare a pielii

Importator: EstInvestFarma, www.estinvestfarma.ro, 0745.779.629