

săptămâna

Anul XX • Nr. 304 • ianuarie 2025

MEDICALĂ

8.50 lei



**Tulburări
de pigmentare
cutanată**

**Durata
somnului
și riscul
cardiovascular**

**Ce este
fotofobia?**

**Infertilitatea
masculină**

**Dezechilibrul
florei vaginale**

**Vitamina D
și rolul acesteia
în organism**

Pneumologie
Dermatologie
Oftalmologie
Medicină sportivă
Chirurgie vasculară
Ginecologie

Citește revista online





**Lentilele MiYOSMART pentru soare,
o soluție eficientă și non-invazivă de
management al miopiei, ce protejează
împotriva luminii intense.**



MiYOSMART

HOYA
FOR THE VISIONARIES

www.hoyavision.com/ro

Importanța măsurilor de prevenție în prevenirea bolilor cronice



Măsurile preventive joacă un rol esențial în gestionarea și prevenirea patologiilor cronice, contribuind semnificativ la reducerea incidenței și severității acestora. Prin implementarea unor strategii preventive, cum ar fi adoptarea unui stil de viață sănătos, alimentația echilibrată, activitatea fizică regulată și renunțarea

la fumat, se pot diminua factorii de risc asociați cu boli cronice precum diabetul, bolile cardiovasculare și cancerul. De asemenea, prevenția include monitorizarea periodică a parametrilor de sănătate, precum tensiunea arterială, nivelul glicemiei și al colesterolului, pentru a identifica precoce orice deviație de la valorile normale. În acest fel, intervențiile terapeutice pot fi inițiate la timp, înainte ca afecțiunea să progreseze, reducând astfel impactul pe termen lung asupra calității vieții. Educația pentru sănătate și conștientizarea importanței măsurilor preventive sunt, de asemenea, importante pentru a încuraja adoptarea unor comportamente sănătoase și pentru a preveni apariția sau agravarea patologiilor cronice.

Din păcate, nu există o strategie națională coerentă și bine implementată care să abordeze educația nutrițională, de la nivelul școlar până la cel al populației adulte. Legislația actuală nu impune standarde clare pentru includerea educației nutriționale în curriculumul școlar, ceea ce face ca tinerii să nu primească o formare adecvată în acest domeniu.

Conf. Univ. Dr. Magdalena Mititelu - Disciplina Laborator clinic.
Igiena Alimentației, Facultatea de Farmacie, UMF „Carol Davila” din București

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

Tulburări de pigmentare cutanată (1) ...	4
Durata somnului și riscul cardiovascular .	8
Tratamentul telangiectaziilor și al venelor reticulare	12
Reacții cutanate postmedicamentoase .	18
Rolul tehnicilor ecografice în diagnosticul și managementul abceselor hepatice	20
Ce este fotofobia?	21
Infertilitatea masculină. Anomalii vasculare acute și cronice	22
Testarea genetică preimplantațională (PGT-A) O soluție pentru creșterea ratei de implantare în ciclurile FIV	23
Dezechilibrul florei vaginale	24
Uscăciunea Vaginală și Atrofia Vaginală: Cauze, Simptome și Soluții Moderne cu Acid Hialuronic	25
Vitamina D și rolul acesteia în organism .	26
Contribuția farmaciilor cu receptură la suplینirea lipsei medicamentelor esențiale .	27
Scutirea de Uz Terapeutic – document important în Medicina Sportivă	28
Bolile cardiovasculare la pacientul diabetic (text adaptat)	30

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 1, et. 1, cam. 04
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

Tiraj: 15.000 ex.
ISSN 2067-0508



Tulburări de pigmentare cutanată (1)

Hiperpigmentarea reprezintă o tulburare de pigmentare cutanată care presupune accentuarea culorii naturale a pielii, de obicei datorită unei depuneri crescute de melanină în epiderm și/sau derm. Deși nepericuloase, hiperpigmentările pot provoca deformări cosmetice semnificative, devenind o povară psihosocială importantă. De aceea, acestea reprezintă unul dintre cele mai frecvente motive de adresare către medicul dermatolog.

**Dr. Livia Cristiana
Băicoianu-Nițescu**
Medic rezident
Dermatovenerologie,
SUU ELIAS



**Dr. Bianca
Maria Petrescu**
Medic rezident
Dermatovenerologie,
SUU ELIAS



**Conf. Dr.
Florica Șandru**
Medic primar
Dermatovenerologie SUU
ELIAS, UMF „Carol Davila”



Efelidele (pistrui)

Efelidele, numite popular și “pistrui” se prezintă sub forma unor macule bine delimitate, hiperpigmentate de mici dimensiuni (2-4mm), debutând în copilărie pe zonele foto-expuse. Aceste leziuni nu prezintă risc de transformare malignă.

Lentigo simplex

Aceste leziuni se prezintă sub formă de macule rotund-ovalare, bine delimitate, de culoare brun, brun închis, cu diametre mai mici de 5 mm. Apar ca rezultat al activității melanocitare crescute, fără o predilecție pentru zonele expuse la soare.

Lentigo solar

În contrast, lentigo solar apare doar pe zonele foto-expuse, incidența lor crescând cu vârsta. Apar în special în zonele cu cea mai mare expunere cumulativă (față, parte superioară trunchi, mâini, antebrațe). Pot apărea și la copii cu fototip deschis ca urmare a

expunerii semnificative la soare, în special după arsuri solare severe. Se prezintă sub forma unor macule de culoare brun deschis, brun închis, adesea cu margini neregulate, cu dimensiuni variind de la câțiva milimetri până la peste 1 cm în diametru.

Hiperpigmentarea maturatională

Hiperpigmentarea tegumentelor de la nivelul feței se observă, de regulă, la persoanele adulte cu fototipuri închise. Acest fenomen presupune accentuarea pigmentării pielii mature și expuse la radiații UV, nefiind asociat cu leziunii inflamatorii anterioare. Apare, de regulă, la nivelul feței, fețele dorsale ale mâinilor, ca urmare a foto-expunerii cronice.

Hiperpigmentare periorbitală

Hiperpigmentarea periorbitală apare frecvent la indivizii sănătoși. Acest tip de discromie apare, de regulă, bilateral, afectând fie pleoapele superioare,

Culoarea tegumentului este determinată în principal de cele două tipuri de melanină: eumelanina (negru-marou) și feomelanina (galben-roșie). În majoritatea cazurilor, hiperpigmentarea cutanată este cauzată de depunerile crescute de melanină în straturile epidermului și/sau în derm. Aceste anomalii pot fi determinate atât de factori dobândiți, cât și de factori genetici.

ISISPHARMA

DERMATOLOGIE



METRORUBORIL

- Reduce roșeața în 4 săptămâni
- Reduce leziunile inflamatorii (papule și pustule)
- Îmbunătățește microcirculația cutanată
- Hidratează și calmează



CREMĂ ANTI-ROȘEAȚĂ

- ✓ **ACID AZELAIC 15%**
- ✓ **β-CALM COMPLEX**
- ✓ **GLICERINĂ 2%**

Specialist în gestionarea afecțiunilor inflamatorii și de pigmentare



fie pe cele inferioare, fie ambele, uneori extinzându-se și la nivelul piramidei nazale. Este mai întâlnită la persoanele cu fototiuri închise, afectând ambele sexe în mod egal.

Melasma

Aceasta este o afecțiune cronică, recurentă care afectează, în special, femeile de vârstă reproductivă, adesea cauzată de melanocite hiperfuncționale care depun excesiv melanină în epiderm și derm. Factorii de risc includ predispoziția genetică, expunerea la lumina soarelui, fototipul pielii și factorii hormonal. Melasma se prezintă din punct de vedere clinic ca macule și plăci de culoare maro deschis - maro gri la nivelul tegumentelor foto-expuse. De asemenea, recăderile pot apărea ca rezultat al expunerii la radiațiile UV.

Hiperpigmentarea postinflamatorie

Hiperpigmentarea postinflamatorie (PIH) este o afecțiune caracterizată prin producția excesivă de melanină ca

răspuns la inflamația cutanată. Apare la toate fototipurile, însă intensitatea hiperpigmentării se corelează pozitiv cu acestea. PIH apare ca rezultat al excesului de melanină sau distribuția anormală a acesteia în epiderm și/sau derm. Fenomenul poate fi provocat de factori exogeni precum arsuri, radioterapie, fototoxicitate sau post tratamente laser, peeling chimic, sau de factori endogeni, ce includ acneea vulgară, dermatita atopică, lichen plan, psoriazis, dermatită de contact iritativă sau alergică. Clinic se prezintă sub formă de macule sau plăci hiperpigmentate a căror nuanță depinde de localizarea pigmentului în exces. Astfel, prezența pigmentului în straturile superficiale se manifestă printr-o nuanță maro închis, în timp ce prezența acestuia în profunzime creează un aspect gri închis sau gri-albăstrui.

Tratamentul hiperpigmentării

Terapia topică, incluzând creme și loțiuni aplicate pe piele, reprezintă cea mai frecventă

opțiune de tratament pentru hiperpigmentare. Utilizarea terapiei combinate, în care mai multe tratamente topice sunt administrate concomitent, s-a dovedit a fi cea mai eficientă abordare în managementul hiperpigmentării.

Expunerea la radiațiile ultraviolete (UV) constituie principala cauză a hiperpigmentării. Astfel, cel mai eficient tratament preventiv pentru hiperpigmentare include utilizarea zilnică a produselor de protecție solară SPF50+ cu spectru larg și purtarea îmbrăcăminte adecvate pentru protecția solară.

Printre tratamentele topice disponibile fără prescripție medicală se numără: produse de îngrijire pe bază de retinol, acid azelaic, vitamina C, vitamina B3 (niacinamidă), acid kojic, acid salilic, acid glicolic, tiamidol, arbutin și acid tranexamic. Aceste substanțe activează procese de depigmentare prin diverse mecanisme, inclusiv inhibarea sintezei melaninei și promovarea turnover-ului celular.

În plus, există și alte opțiuni de tratament mai avansate care includ creme de iluminare prescrise, ce conțin hidrochinonă, tretinoin, steroizi topici sau combinații ale acestor ingrediente. Procedurile dermatologice, cum ar fi peelingurile chimice sau terapiile cu laser, oferă alternative eficiente pentru gestionarea hiperpigmentării, în special în cazurile refractare la tratamentele topice convenționale.

Continuare în numărul viitor

Aliații imunității



**ingrediente
din surse naturale**



**absorbție optimă,
acțiune rapidă**



**formule originale,
concentrate**



**administrare
ușoară**



Durata somnului și riscul cardiovascular



Știm că activitatea fizică, o dietă echilibrată și somnul de 6-8 ore pe zi reprezintă o componentă importantă a unui stil de viață sănătos. Într-o perioadă de continuă schimbare și tehnologizare, de cele mai multe ori reducem durata somnului în favoarea orelor de lucru. Somnul suficient ajută la reglarea apetitului, îmbunătățește funcția sistemului imunitar și este asociat cu un risc cardiovascular și o mortalitate mai scăzute. În plus, obiceiurile specifice de somn, cum ar fi somnul în timpul zilei, pot influența și mai mult riscul cardiovascular. Frecvența episoadelor de somn din timpul zilei variază de la “un pui de somn” ocazional la câteva perioade de odihnă planificate zilnic, care pot reflecta factori regionali și culturali, dar și o patologie asociată hipersomnolenței (sindromul de apnee în somn, patologii neurologice, depresie, etc). În general, somnul cu durată lungă este considerat un obicei sănătos, se recomandă o durată a somnului de aproximativ 7 ore pe noapte. Rămâne neclar dacă durata excesivă a somnului sau somnul în timpul zilei pot expune persoanele la un risc mai mare de deces și boli cardiovasculare.

**Dr. Anca
Georgia Jäger**

Medic primar Pneumologie,
Centrul Medical
Diacord Baia Mare



Dr. Claudia Matei

Medic primar Cardiologie,
Centrul Medical
Diacord Baia Mare



În studiul în care au fost incluși 116.632 participanți din șapte regiuni internaționale care au fost urmăritți pe o perioadă medie de 7-8 ani, s-a constatat că o durată totală estimată a somnului de 6-8 ore pe zi a fost asociată cu cel mai scăzut risc de deces și evenimente cardiovasculare majore.

Pe lângă durata somnului de noapte, somnul în timpul zilei a fost asociat cu un risc crescut de evenimente cardiovasculare majore și decese la cei cu >6 ore de somn pe timp de noapte, dar nu și la cei care au dormit <6 ore pe noapte, la care au asociat somnul pe timpul zilei.

În rândul adulților, tulburările de somn și simptomele

3+ ani



la picătura cu imunitate!

Imunodep

picături orale



- Oferă nutrienți și antioxidanți pentru creșterea rezistenței organismului la infecții.
- Absorbție rapidă și administrare ușoară.
- Gust plăcut, aromă naturală de lămâie.
- Fără zahăr, fără alcool.

helcor® biosunLine®



Convinge-te acum



www.biosunline.ro

Acesta este un supliment alimentar. Citiți cu atenție informațiile de pe ambalaj

legate de somn, cum ar fi somnolența diurnă, nicturia, dispneea nocturnă și cefaleea matinală sunt simptome frecvente și sunt frecvent asociate cu boli CV, aderență slabă la tratament, insuficiență cardiacă și mortalitate de toate cauzele. Perioadele de somn din timpul zilei ar putea reprezenta un răspuns fiziologic la pacienții cu tulburări de somn secundare sindromului de apnee în somn, de exemplu, chiar dacă perioada de somn pe timpul nopții este de 6 ore cel puțin. În acest studiu, grupul cu cea mai lungă durată de somn (>10 ore) a avut o prevalență relativ mai mare a factorilor de risc CV și cea mai mare proporție de oameni care au dormit în timpul zilei (71,6%), aproape triplu față de grupul de referință (6-8 ore), în care doar 27,4% dintre participanți au raportat somnul în timpul zilei. Acest lucru poate indica faptul că boala CV nedagnosticată, subclinică poate explica o parte din asocierea dintre somnul în timpul zilei și evenimentele CV majore la pacienții cu durată suficientă de somn în timpul nopții. Interesant este că la cei cu durate scurte de somn nocturn, somnul în timpul zilei poate reprezenta un mecanism compensator pentru deficitul de somn și, prin urmare, nu a fost asociat cu risc crescut cardiovascular. Somnul în timpul zilei poate fi legat de factori culturali și obiceiuri, așa cum demonstrează variația intraregională a somnului raportat în acest studiu.

Tiparele de somn pot predispuce la un risc CV crescut

prin diferite mecanisme fiziopatologice directe. Episoadele de somn profund, eficacitatea și durata somnului reglează hormonii metabolici și endocrini, cum ar fi insulina și leptina, ceea ce duce la modificări ale apetitului și metabolismului glucozei care pot accelera dezvoltarea obezității și diabetului ca factori importanți de risc cardiovasculari. În plus, somnul în timpul zilei, în funcție de durata și profunzimea lui, poate întrerupe ritmul circadian. Ritmul circadian este influențat de factori de mediu, cum ar fi lumina, iar somnul în timpul zilei poate influența indirect sincronizarea ritmului circadian prin expunere diferită la lumină. Întreruperea ritmului circadian poate modifica, de asemenea, expresia genelor în cardiomiocite și sistemul vascular, afectând metabolismul și funcția organelor. Somnolența diurnă este frecventă în rân-

dul celor cu tulburări de somn, cum ar fi sindromul de apnee în somn, care poate oferi o explicație potențială suplimentară pentru mortalitatea crescută observată la cei care dorm în timpul zilei.

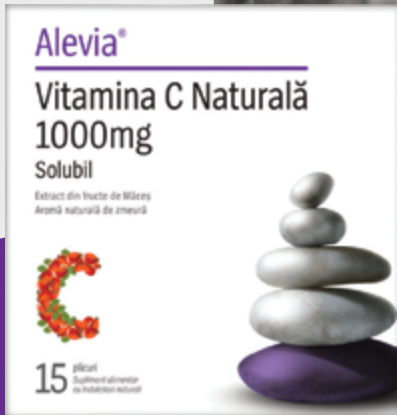
Un alt mecanism implică o posibilă creștere a riscului de boală CV din cauza creșterilor bruște ale tensiunii arteriale și ale frecvenței cardiace la trezirea din somnul de zi, care seamănă foarte mult cu perioada imediat după trezire dimineața când debutul evenimentelor CV acute este în general mare.

Somnul cu o durată de 6-8 ore și o bună igienă a somnului este cel mai bun sfat pe care un clinician îl poate oferi în acest sens.

Homer, autorul Iliadei și al Odiseei, a rezumat-o cu peste două milenii în urmă, când a spus: „Chiar și în ceea ce privește somnul, prea mult este un lucru rău”.

În concluzie: durata optimă a somnului ar trebui să fie de 6-8 ore pe zi. Durata mai lungi sau mai scurte ne expun potențial la un risc cardiovascular crescut. În plus, somnul în timpul zilei, în special în rândul celor cu o durată adecvată de somn nocturn, ar putea fi un indicator timpuriu al unor patologii cum este sindromul de apnee în somn și poate ajuta la identificarea celor cu risc mai mare de boală CV și mortalitate. Prin urmare, în practica clinică, evaluarea tiparelor de somn poate fi de valoare în identificarea persoanelor cu risc mai mare. Efectuarea testelor de somn (poligrafii respiratorii nocturne sau polisomnografiilor), cu terapiile corespunzătoare, duc la creșterea calității somnului, implicit calității vieții și scăderea atât a riscului cardiovascular cât și al altor patologii (rezistența la insulină care duce la DZ tip II, obezitate, tulburări cognitive etc).

Scutul organismului în sezonul rece



Vitamina C Naturală 1000mg de la Alevia este un supliment 100% natural, conceput pentru a oferi un sprijin esențial organismului în perioadele cu temperaturi scăzute. Formula sa unică din extract standardizat de măceșe asigură o biodisponibilitate superioară și beneficii multiple pentru sănătate.

Prin ce este Vitamina C Naturală de la Alevia diferită?

- ✓ **Formula naturală:** Conține extract de Măceș, o sursă naturală bogată în vitamina C, dar și antioxidanți și bioflavonoide. În plus, formula este completată cu îndulcitori naturali (sorbitol și glicozide steviolice) și aromă naturală de zmeură.
- ✓ **Absorbție rapidă:** Formula sub formă de pulbere solubilă, garantează o biodisponibilitate optimă și protecția mucoasei gastrice.
- ✓ **Doză optimă:** Fiecare plic conține 1000mg de vitamina C, provenind din 2000mg din extract din fructe de Măceș standardizat, asigurându-ți aportul zilnic necesar pentru susținerea imunității în perioadele de suprasolicitare a sistemului imunitar.
- ✓ **Antioxidant de încredere:** Neutralizează radicalii liberi, sprijină regenerarea celulară și combate oboseala.

Beneficii pentru sănătate:

- Stimulează sistemul imunitar și ajută la prevenirea răcelii, gripei și infecțiilor respiratorii.
- Susține sinteza collagenului, menținând sănătatea pielii, a vaselor de sânge și a țesuturilor conjunctive.
- Contribuie la metabolismul energetic normal și la reducerea oboselei.
- Asigură un sprijin general pentru convalescență, efort fizic intens sau perioadele de stres oxidativ.

Mod de utilizare:

Se recomandă 1-2 plicuri pe zi, în cure repetate. Se dizolvă conținutul unui plic în 200ml de apă și se consumă imediat.

Alege **Vitamina C Naturală 1000mg de la Alevia** pentru sănătatea ta și a celor dragi!

Recomandări:

- Prevenirea și tratarea răcelii și gripei.
- Infecții respiratorii și convalescență.
- Efort fizic intens și anemie.



Pentru mai multe informații despre produs scanați codul QR sau intrați pe www.alevia.com.ro

Acesta este un supliment alimentar.
Citiți cu atenție informațiile de pe ambalaj.

Alege aliatul Alevia



Tratamentul telangiectaziilor și al venelor reticulare

Discuție cu privire la eficiența laser-terapiei vs. scleroterapie

Boala venoasă cronică (BVC) a membrelor inferioare este favorizată de următorii factori: ortostatismul prelungit, obezitatea, sexul feminin, sedentarismul, sarcina, deficiențe musculare la nivelul membrelor inferioare, anchilozile, insuficiența cardiacă și afecțiunile pulmonare cronice, sarcina etc.

Dr. Bogdan Dimitrie Niculae,
Medic specialist
Dermatovenerologie,
CEO LaserMed București



Dr. Ioan-Teodor Cristea
Medic rezident
Dermatovenerologie,
SUU „Elias” București,
Doctorand UMF „Carol Davila” București



Varicele primare, sau esențiale, au o cauză familială, fiind transmise genetic. Factorii genetici pot influența structura moleculară (de exemplu, collagenul), aspectul anatomic (numărul de valve venoase) sau arhitectura sistemului venos.

Reținem faptul că staza venoasă exercită o multitudine de efecte nocive asupra structurii țesuturilor din jur și, mai ales, asupra tegumentului, având un impact major asupra sănătății individului. Dintre modificările care apar la acest nivel, putem enumera: flebedemul, dermatita pigmentară și purpurică

(dermatita ocră Favre-Chaix), eczema de stază, lipodermatoscleroza, tromboflebita varicoasă, atrofia albă Milian, acroangiodermatoza piciorului, pseudo-sindromul Klippel-Trenaunay și, nu în ultimul rând, ulcerul venos.

Clasificarea CEAP joacă un rol fundamental în managementul pacienților cu boală venoasă cronică (BVC), fiind esențială în orientarea atât a investigațiilor paraclinice, cât și a tratamentului ulterior. Această clasificare evaluează boala pe baza unor criterii clinice, etiologice, anatomice și fiziopatologice, facilitând stabilirea unei strategii terapeutice personalizate. Fără un tratament corect și o

Venele reticulare și telangiectaziile apar din cauza insuficienței valvelor venoase și a creșterii presiunii venoase locale, dar sunt asimptomatice sau dau simptome minore.



Boost4Life

ÎMPREUNĂ ÎȚI SUSTIN SĂNĂTATEA ÎN FIECĂRE ZI ÎN SEZONUL RECE

**MADE IN
GERMANY**



ACESTE SĂ SINT SUPLEMENTE ALIMENTARE.
CITIȚI CU ATENȚIE PROSPECTUL.

www.boost4life.ro

intervenție timpurie, BVC are o evoluție progresivă, spre agravare, cu riscul de complicații severe, cum ar fi ulcerele venoase sau insuficiența venoasă cronică.

Tratamentul venelor reticulare și al telangiectaziilor, precum și uneori al dilatațiilor varicoase mici, este în general fie conservator (medicamentos, compresie elastică), fie radical (chirurgical, sclerozant, laser). Laserul endovenos, precum și tratamentul chirurgical, sunt, în general, rezervate dilatațiilor venoase care depășesc 10 mm. Înaintea realizării oricărei proceduri este necesară efectuarea unei ecografii Doppler pentru evaluarea atât a circulației venoase, cât și arteriale, la nivelul membrelor inferioare. Această metodă de investigare permite atât diagnosticul, cât și evoluția pre- și post-tratament.

Scleroterapia varicelor a apărut ca metodă terapeutică la mijlocul secolului al XIX-lea și rămâne o procedură relevantă și în prezent. Scopul acestei intervenții medicale este de a elimina refluxul în sistemul venos superficial și varicele vizibile. Efectul terapeutic al scleroterapiei se bazează pe injectarea unui agent sclerozant, care irită straturile endoteliale și subendoteliale ale venelor, declanșând o reacție inflamatorie ce duce la fibroză și la obliterarea nontrombotică a

vasului afectat. Această metodă ajută nu doar la prevenirea complicațiilor bolii varicoase, ci și la îmbunătățirea aspectului estetic al picioarelor. Este important de menționat că scleroterapia se aplică exclusiv în cazul varicelor primare, nu și în cele secundare, asociate cu obstrucția sistemului venos profund.

În prezent, agenții sclerozanți utilizați includ iodul sub formă de Lugol, tetradecil sulfatul de sodiu, salicilatul de sodiu, hydroxy-polyethoxy-dodecane, glicerina cromată și moruatul de sodiu. Scleroterapia este contraindicată în stările de hipercoagulabilitate și nu se practică pe varicele tronculare ale safenei mari. O contraindicație absolută este alergiile la produsul sclerozant, iar contraindicațiile relative includ venele dilatate la sportivi, sarcina, alăptarea, hipertensiunea arterială severă și expunerea la soare imediat după procedură.

Complicațiile posibile ale scleroterapiei includ tromboembolismul (complicație severă), reacțiile vagale, alergiile la agentul injectat, echimozele la locul de injectare, flebite superficiale ascendente, tulburări de sensibilitate, pigmentări și apariția varicozităților secundare. Venele reticulare pot fi tratate fie prin sclerozare, fie prin utilizarea laserelelor vasculare.

Conform unui studiu recent, rata de recurență în scleroterapie variază în funcție de gravitatea varicelor, dar poate ajunge până la 25% în cazuri complexe. De asemenea, scleroterapia este considerată eficientă, însă tratamentele chi-

rurgicale pot avea o rată de succes pe termen lung mai bună, în special în cazurile avansate.

Pentru tratamentul telangiectaziilor, venelor reticulare, varicelor și, uneori, în cazul unor displazii ale sistemului venos (precum sindromul Klippel-Trenaunay, angiomatoze superficiale sau sindromul Parkes-Weber), pot fi utilizate diverse lasere

Boala venoasă cronică (BVC) este asociată cu declanșarea unui răspuns inflamator, implicând infiltrarea țesuturilor perivascularare cu celule prezentatoare de antigen, leucocite, limfocite T, limfocite B, și diverse citokine. Cercetările recente oferă noi informații despre efectul imunomodulator al laserelor în tratarea diferitelor afecțiuni. Un alt beneficiu important este capacitatea laserelor de a acționa pe suprafețe mai mari, având un efect global și uniform asupra țesuturilor afectate. Contraindicațiile includ afecțiuni precum tulburările de coagulare, sarcina, sensibilitatea la lumină (fotosensibilitate) și afecțiuni dermatologice active, cum ar fi infecțiile cutanate în zona de tratament. De asemenea, pacienții cu istoric de cheloid sau cicatrizare anormală trebuie evaluați cu atenție înainte de a efectua tratamentul.

Deși acesta este considerat un tratament minim invaziv, complicațiile pot include eritemul tranzitoriu, edem localizat sau, în cazuri rare, hiperpigmentare post-inflamatorie. Cu toate acestea, riscurile sunt reduse semnificativ datorită preciziei și controlului oferit de tehnologia laserului.

OYAMA AGARICUS BLAZEI MICRO C. Bio-Active MC devine acum OYAMA AGARICUS BLAZEI BIO ACTIVE GR

UN ADJUVANT EXTRAORDINAR IN TERAPIA CANCERULUI, TUMORILOR SI A ALTOR AFECTIUNI!

Cu privire la noul produs Oyama Agaricus Bio Active Pulbere GR

Ex-profesor Facultatea Farmacie,
Universitatea KITASATO

Dr. Medicină, KAWAMURA Kenji

„Oyama Agaricus Bio Active reprezintă un produs fără egal utilizat multă vreme la nivel global.

Față de Pulberea MC anterioară [1,7g/100g], cu noul produs Pulbere GR, reprezentat de varietatea proteică cu efect anticancerigen, β -1,3/1,6 glucan, s-a reușit obținerea unui grad uimitor de înaltă concentrație [10,9g/100g].

Acesta aduce cu sine semne de bun augur pentru persoanele suferinde de cancer incurabil sau de scădere a capacității de auto-vindecare sau a metabolismului.

În plus, nu se poate ignora nici înalta concentrație a unui mineral de mare însemnătate pentru suferinzii de cancer, seleniul [68 μ g/100g], sau conținutul a 16 tipuri de aminoacizi esențiali și de acizi neesențiali.

Prin conceperea acestui nou produs, și doza zilnică utilizată ajunge la un pliculeț/zi (2,5g), ceea ce



înseamnă siguranță și securitate în utilizare, cât și un motiv de a-l recomanda cu acest prilej.

Pacienții care luau 3 pliculețe/zi din varianta Bio active MC, vor lua

un singur pliculeț/zi de Bio Active GR, iar cei care luau o cantitate mai mică, pot lua jumătate de pliculeț/zi de Oyama Agaricus Bio Active GR sau 1 plic la două zile”.



Profil Prof.
KAWAMURA
Născut în 1940
în prefectura
AOMORI. Ex-profesor
Facultatea
Farmacie, Universitatea
KITASATO.

Doctor în Medicină (Universitatea de Medicină TOKYO). În prezent, șef al Institutului de Știință și Tehnologie TOKYO, director executiv al organizației

non-profit JAPAN ASSOCIATION of BIOTECHNOLOGY EDUCATION, președinte al Institutului de Tehnologie Industrială, consultant al Societății Japoneze de

Farmacologie, consultant al Societății Japoneze de Toxicologie.

Rezultate notabile în domeniul produselor farmaceutice, agrochimice, toxicitatea substanțelor poluante ale mediului, al farmacologiei și al cercetării pre-clinice. Recunoscut și pentru claritatea comentariilor de specialitate cu privire la analiza și diagnoza referitoare la alimente funcționale.

Printre lucrările publicate se regăsesc „Ameliorarea constipației și asprimii cutanate prin înlăturarea enzimelor active rele intraintestinale!”, „Studiu privind miracolul Agaricus”, „Ediție revizuită privind studiul miracolului Oyama Agaricus”

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 GR?

- Deoarece sănătatea este mai bună decât toate și meriți să ai parte de ea!
- Deoarece conține pulbere de 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 îngreșăminte chimice.
- Deoarece **Bio Active GR** 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!

Terapia CPAP pe termen lung la domiciliu

Terapia CPAP pe termen lung la domiciliu sau terapia apneei în somn de lungă durată este un tratament care necesită o recomandare medicală de la medicul specialist pentru un aparat/dispozitiv CPAP / AutoCPAP / BiPAP sau dispozitiv Bilevel.

VitalAire România oferă dispozitive medicale și servicii pentru terapia CPAP a Apneei în Somn.

Medicul poate prescrie terapia CPAP la domiciliu pentru o serie de afecțiuni specifice, cum ar fi:

- sindrom de apnee în somn de tip obstructiv și mixt
- sindrom de apnee în somn de tip central
- respirație periodică tip Cheyne Stokes
- sindrom de apnee în somn complex
- sindrom de obezitate – hipoventilație (Se asociază în 90% din cazuri cu SASO.)

Întotdeauna merită să ne amintim că dacă există terapii care ne pot îmbunătăți calitatea vieții, este bine să fim informați despre ele și să le desfășurăm în condiții de confort și siguranță.

Dacă aveți nevoie de terapie CPAP, este puțin probabil să vă observați singur că aveți apnee în somn.

Consultați un medic pentru analize și testări suplimentare.

Cum știu dacă trebuie să merg la un medic pentru a vedea dacă am Apnee în Somn?

Înainte de orice altceva, amintiți-vă că unul dintre cele mai bune repere poate fi o plângere din partea celor dragi că sforăiți zgomotos sau că vi se oprește respirația în mod repetat în timp ce dormiți.

Dacă totuși această „plângere” nu există, iată câteva din întrebările la care vă puteți răspunde și singuri și care vă pot indica să mergeți la o evaluare medicală pentru sindromul de apnee în somn:

- Sforăiți?
- Vi se întrerupe respirația în timpul somnului?
- Transpirați și sunteți agitat în timpul somnului?
- Vă treziți epuizat?
- Vă simțiți obosit și somnolent în timpul zilei?
- Aveți dureri de cap dimineața?
- Sunteți hipertensiv sau aveți boli cardiovasculare?
- Greutatea Dvs. a depășit limitele normale?
- Vă ia somnul la volan?
- Nu vă mai puteți concentra la locul de muncă?
- Sunteți mai irascibil și mai nervos cu cei din jur?
- Urinați frecvent noaptea?
- Aveți tulburări de libidou sau de dinamică sexuală?
- Copilul Dvs. este supraponderal, nervos, iritabil, somnolent, are rezultate școlare slabe?

Este indispensabilă recomandarea medicului specialist care îngrijește bolnavul și care confirmă diagnosticul de sindrom de apnee în somn și tipul de tratament adecvat.

Medicul specialist vă poate spune care va fi presiunea CPAP și ce tip de aparat CPAP vă este necesar: aparat/dispozitiv CPAP / AutoCPAP / BiPAP sau dispozitiv Bilevel.

În baza recomandării medicului, la cererea pacientului, Casa de Asigurări de Sănătate decontează către furnizorul de aparat CPAP o sumă fixă lunară pentru închirierea aparatului/dispozitivului CPAP. Casa de Asigurări de Sănătate solicită reînnoirea recomandării medicului la fiecare 3 luni pentru a beneficia de decontarea chiriei lunare a aparatului CPAP.

CAMPANIA SĂNĂTATEA SOMNULUI

www.vitalaire.ro



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: „DIALOGURI DESPRE SOMN ȘI APNEEA ÎN SOMN PENTRU AMATORI INFORMAȚI” – Editura: Tehnopress – prin bunăvoința Dnei Cpt. Dr. Sânziana Lovin, Șef secție Medicină Internă la SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR

“DR. I. CZIHAC din Iași, Doctor în științe medicale, medic primar în medicină internă și medic specialist în pneumologie, Atestat în Competență Medicina Somnului. Centrul Medical de Diagnostic și Tratament „Dr. Victor Babes”.

Sursa foto: Canva

Rolul tehnicilor ecografice în diagnosticul și managementul abceselor hepatice

Abcesul hepatic (AH) este o patologie din fericire relativ rară, dar la care un diagnostic corect rapid este foarte important pentru evoluția favorabilă a pacientului. AH este o colecție cu conținut purulent, cel mai adesea cauzată de bacterii. Se caracterizează prin prezența lichidului vâscos purulent înconjurat de un perete inflamator dezvoltat ca răspuns al organismului împotriva leziunilor infecțioase. Este o afecțiune potențial letală care necesită recunoaștere promptă și tratament adecvat pentru un rezultat favorabil.

Prof. Univ.
Dr. Alina Popescu

Clinica de Gastroenterologie
și Hepatologie, UMF „Victor
Babes” Timișoara, Spitalul
Clinic Județean de Urgență
„Pius Brânzeu” Timișoara



Managementul acestei patologii s-a schimbat în ultimii 40 de ani. În trecut, această boală cu morbiditate ridicată era tratată fie cu antibioterapie, fie prin drenaj chirurgical deschis, cu rate de mortalitate ridicate, între 10-80%. Dezvoltarea tehnicilor imagistice de diagnoză, precum și a aspirației și drenajului percutanat ghidat imagistic, a schimbat prognosticul acestei patologii, rămânând însă o patologie severă, cu potențial letal. Însă, diagnosticul (și managementul) rămâne totuși dificil din cauza simptomelor nespecifice.

Abcesele hepatice sunt de obicei secundare, apariția acestora fiind favorizată de alte afecțiuni (diverticulita acută, boala Crohn, apendicită, pancreatita acută cu colecții infectate), când infecția se răspândește la ficat. Pacienții cu

diabet, boli hepatobiliare, pancreatice subiacente sau transplant de ficat au un risc mai mare de a dezvolta această afecțiune.

Chiar dacă semnele clinice sunt nespecifice, un abces hepatic trebuie suspectat pe baza prezenței febrei, transpirațiilor nocturne, scăderii în greutate, durerilor abdominale, greței, durerii în hipochondrul drept sau sensibilității abdominale.

Ecografia convențională este, de obicei, prima tehnică imagistică utilizată în practica clinică pentru evaluarea ficatului. Este o metodă în timp real, larg răspândită, cu o acuratețe bună pentru detectarea leziunilor hepatice, relativ ieftină, accesibilă, neiradiantă, ce poate fi repetată la nevoie, dar îi lipsește specificitatea necesară pentru un diagnostic pozitiv în cazul leziunilor hepatice circumscrise.

Ecografia convențională are o sensibilitate raportată pentru detectarea abceselor hepatice piogene cuprinsă între 85 și 96%.

Acuratețea diagnostică a ecografiei convenționale poate

fi îmbunătățită însă de folosirea ecografiei cu substanțe de contract de generația a II-a, tehnică ce permite caracterizarea vascularizației leziunilor circumscrise hepatice. Ecografia cu contrast este, de asemenea, o tehnică de imagistică în timp real care nu implică radiații, care poate fi efectuată chiar și la pacienții cu insuficiență renală.

Această tehnică a fost dezvoltată pentru diagnosticul leziunilor circumscrise hepatice și și-a dovedit utilitatea și acuratețea, având performanțe similare cu tomografia computerizată (CT) și rezonanța magnetică nucleară (RMN).

Tratamentul adecvat al abceselor hepatice include terapia antibiotică cu spectru larg, aspirarea sau drenajul percutanat, cel mai frecvent ecoghidat, și drenajul chirurgical. Înainte de anii '70, drenajul chirurgical era considerat tratamentul de elecție pentru abcesele hepatice, cu rate ridicate de mortalitate. Astăzi, drenajul percutanat ecoghidat plus antibioterapie este abordarea de primă linie.

Ce este fotofobia?

Aversiunea la lumină, sau fotofobia din gr. „phōs” (lumină) și „phóbos” (frică), este un simptom care însoțește multe situații în patologia oftalmologică și neurologică. Aceasta poate avea mai multe grade de intensitate, de la disconfort vizual până la senzație dureroasă odată cu expunerea la lumină ambientală. La copilul mic și sugar, fotofobia intensă este un simptom de alarmă care necesită evaluare promptă de către un medic oftalmolog pediatru.

Dr. Georgiana Milea
Medic specialist oftalmolog
Clinica Oftapro, București



Care sunt cauzele fotofobiei?

Fotofobia poate apărea de novo în inflamațiile oculare (conjunctivite/keratite/uveite/nevrite) sau prin înclavarea unui corp străin subpalpebral sau cornean. Odată cu tratarea cauzei inflamației, aceasta se va remite.

Atunci când aversiunea la lumină este prezentă din primele luni de viață, ea poate fi un semn al unei malformații oculare, a glaucomului congenital sau a unei afecțiuni retiniene ereditare. Alături de nictalopie, care reprezintă vederea slabă în lumină semi-obscură, fotofobia este un simptom tipic pentru afecțiuni retiniene ereditare.

Există și cauze neurologice ale fotofobiei dintre care enumerăm: migrena, epilepsia, inflamațiile cerebrale (meningita/encefalita) sau hemoragii

subarahnoidiană. De asemenea, unele medicamente sedative pot crește sensibilitatea la lumină.

La ce ne ajută electroretinograma?

Atunci când suspectăm o fotofobie de cauză retiniană la copilul mic sau la adultul cu acuitate vizuală slabă, electroretinograma (ERG) ne susține demersul diagnostic. În această examinare există mai multe etape care studiază individual funcția celulelor retiniene cu conuri și cu bastonașe - cele responsabile de vederea diurnă și nocturnă. Retina este stimulată prin flash-uri luminoase de intensități crescătoare, iar răspunsul electric declanșat de celulele retiniene este înregistrat cu ajutorul unor electrozi. ERG-ul se poate realiza la copilul mic folosind instrumente portabile cu electrozi cutanați plasați în regiunea perioculară.

Cum se tratează fotofobia de cauză retiniană?

Pentru multe dintre afecțiunile retiniene care se însoțesc de fotofobie, acesta este un simptom care urmărește pacienții a la long. Tratamentul este deci simptomatic, prin limitarea expunerii la lumină și folosirea unor ochelari cu filtre medicale cromatice care scad intensitatea luminoasă fără a diminua semnificativ contrastul. Pe lângă ameliorarea simptomelor, aceste filtre protejează retina de radiația luminoasă nocivă cu energie mare (în spectru albastru), pentru a preveni agravarea bolii și implicit a fotoaversiunii. Pigmenții carotenoizi par a avea un rol protector împotriva fotofobiei, iar în anumite situații pot fi de folos suplimentele cu luteină și zeaxantină. În natură, aceste substanțe se găsesc în cantități mari în legumele verzi (spanac, broccoli, mazăre, pătrunjel).



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

Infertilitatea masculină.

Anomalii vasculare acute și cronice

Infertilitatea masculină se definește ca incapacitatea unui barbat de a produce o sarcină la o femeie fertilă. În statisticile vest-europene, apare cu o frecvență de cca 7% în populația masculină.

Dr. Dan A. Stanescu,
Coordonatorul Serviciului
de Medicina Nucleară
și Ultrasonografie-
Institutul Clinic Fundeni



Infertilitatea recunoaște cauze pre-testiculare, intratesticulare și post-testiculare.

Cauzele pre-testiculare cuprind diverse afecțiuni, printre care hipogonadismul, alcoolismul, consumul de droguri.

Consumul exagerat de alcool ca și consumul de droguri pot produce infertilitate

Deasemenea, unele sporturi cum sunt ciclismul sau echitația, precum și unele medicamente de tipul chimioterapeuticilor, cimetidina, spironolactonele, fenitoina etc, pot conduce la infertilitate masculină. Practicat ca sport de performanță, ciclismul este recunoscut ca factor determinant și în apariția unor tumori testiculare maligne

Ciclismul și echitația implică microtraumatisme testiculare.

Factorii testiculari includ: varicocelul, tumori maligne, criptorhidia, status post traumatic sau torsiune testiculară, hidrocelul sau status post-in-

fecții de tip rujeolă, parotidită epidemică, malarie, ologospermie idiopatică sau fibroză instalată post-iradiere.

Cauzele post-testiculare cuprind: obstrucția vaselor deferente (agenesia), obstrucția ductului ejaculator, inflamații cronice (prostatita cronică) etc.

Diagnosticul clinic se face începând cu anamneza și examenul fizic, urmat de spermogramă (repetată).

Examinarea ecografică a testiculului și scrotului poate să evidențieze anomalii dimensionale. Scăderea în dimensiuni poate apărea ca urmare a unor leziuni degenerative (după infecții, inflamații, leziuni traumatice, afecțiuni vasculare, criptorhidie, radioterapie). Creșterea în dimensiuni poate să însoțească inflamațiile acute, patologia tumorală (benignă sau malignă).

Examinarea Doppler este de mare ajutor în diferențierea vascularizației unor formațiuni intra și extratesticulare.

Nu trebuie să uităm că testiculul funcționează atât ca o glandă endocrină care asigură secreția hormonilor androgeni, cât și spermatogeneza.

Perturbarea vascularizației

testiculare poate avea cauze diferite, dintre care cele mai frecvent întâlnite sunt:

- insuficiențe de drenaj venos (varicocel) simple sau complicate cu tromboze
- afecțiuni inflamatorii acute și cronice locale (orhiepидidimită)
- status post traumatic, torsiune testiculară, infecții generalizate
- afecțiuni vasculare congenitale
- anomalii de poziție (criptorhidie)
- formațiuni tumorale, atât ale celulelor germinale cât și ale celulelor de susținere

Cercetările au demonstrat că perturbările de vascularizație testiculară afectează ambele funcții testiculare, dar cel mai adesea este interesată funcția de spermatogeneză (oligozoospermia-descreșterea numărului de spermatozoizi în spermă; azoospermia-absența spermatozoidelor în spermă; aspermia-absența completă a producerii spermei; hipospermia-reducerea volumului lichidului seminal; astenozoospermia-reducerea motilității spermatozoidelor; teratospermia-creșterea numărului de spermatozoizi anormali morfologic).

Ioana Iordache – Specialistul tău în infertilitate

Testarea genetică preimplantațională (PGT-A)

O soluție pentru creșterea ratei de implantare în ciclurile FIV



ajuta la identificarea embrionilor cu cel mai mare potențial, crescând eficiența ciclului FIV.

De ce este relevantă testarea PGT-A după 37 de ani?

- Procentul de embrioni aneuploizi crește odată cu vârsta:
- <35 ani: ~30% embrioni aneuploizi.
- 37–40 ani: ~50–70% embrioni aneuploizi.
- >40 ani: >70–80% embrioni aneuploizi.

Aceasta înseamnă că, fără testare genetică, șansele de a transfera un embrion aneuploid cresc odată cu vârsta, ceea ce reduce șansele de sarcină și crește riscul de avort.

Limitări ale PGT-A

- Nu garantează o sarcină, deoarece succesul depinde și de factori precum receptivitatea endometrială și starea generală de sănătate a pacientei.
- Costurile adiționale pot fi un factor de luat în considerare.

Concluzie pentru paciente

Pentru paciente peste 37 de ani, PGT-A poate îmbunătăți semnificativ șansele de succes în cadrul unui ciclu FIV, reducând timpul și efortul necesar pentru a obține o sarcină sănătoasă. Aceasta este o opțiune recomandată în special dacă numărul de embrioni disponibili este limitat sau dacă există un istoric de avorturi spontane.

infertilitate@doctorioanaiordache.ro

Testarea genetică preimplantațională pentru aneuploidii (PGT-A) poate crește rata de implantare în cazul pacientelor peste 37 de ani, deoarece aceasta permite selectarea embrionilor cu un număr normal de cromozomi (euploidie), reducând riscul de transfer al unui embrion aneuploid.

Beneficii ale testării PGT-A la paciente peste 37 de ani

1. Creșterea ratei de implantare:
 - Studiile arată că rata de implantare după transferul unui embrion euploid testat PGT-A poate ajunge la 50–65%, comparativ cu aproximativ 30–40% în cazul transferului embrionilor netestați la paciente peste 37 de ani.
 - Aceasta reprezintă o îmbu-

nătățire semnificativă pentru grupa de vârstă în care calitatea ovocitelor și embrionilor scade din cauza îmbătrânirii ovocitare.

2. Reducerea riscului de pierdere de sarcină:
 - Rata de pierdere a sarcinii după transferul unui embrion euploid este mai mică (în jur de 5–10%) decât după transferul embrionilor netestați (20–30% sau mai mult, în funcție de vârstă).
3. Evitarea transferurilor inutile:
 - PGT-A reduce numărul de cicluri nereușite prin eliminarea transferului embrionilor aneuploizi care nu ar duce la sarcină sau ar produce un avort.
4. Optimizarea tratamentului:
 - La paciente cu un număr limitat de embrioni, PGT-A poate

Dezechilibrul florei vaginale

Secreția vaginului normal este formată din celule vaginale și cervicale exfoliate, secreții vulvare ale glandelor, transsudat de la nivelul vaginului, mucus cervical, fluide de la nivelul trompelor și al endometrului, precum și din microorganisme și produșii lor de metabolism. Secreția vaginului este influențată de nivelurile variabile ale hormonilor, estrogenul și progesteronul, pe parcursul ciclului menstrual, dar și de absența acestora, fenomen ce apare în menopauză.

Dr. Adina-Elena Lungu

Medic Specialist
Obstetrică-Ginecologie

Flora vaginală normală este predominant aerobă, alcătuită din specii diferite de bacterii, cea mai importantă fiind lactobacilul. Supraviețuirea bacteriei este determinată de PH-ul vaginal și de disponibilitatea glucozei pentru metabolismul ei. PH-ul vaginului normal este mai mic de 4,5, fiind menținut la această valoare de acidul lactic. Bacteriile anaerobe se găsesc în proporție de sub 1 % în flora vaginală normală.

Vaginoza bacteriană

Reprezintă o modificare a florei bacteriene vaginale normale cu pierderea lactobacililor și creșterea în exces a bacteriilor predominant anaerobe. Lactobacilii sunt, de obicei, absenți. Alcalinizarea repetată a vaginului, rezultat al contactelor sexuale frecvente și al folosirii dușurilor intravaginale, are un rol important. Femeile cu vaginoză bacteriană au un risc crescut pentru boala inflamatorie pelvină, iar gravidele au un risc crescut pentru ruperea prematură a

membranelor și naștere prematură. Secrețiile vaginale sunt de culoare cenușie, iar mirosul este specific, de pește alterat. Tratatamentul este cu antibiotic cu acțiune specifică asupra germenilor anaerobi, administrat intravaginal, sub formă de ovule. Tratarea partenerului sexual masculin nu este recomandată.

Vaginita tricomoniatică

Aceasta este determinată de trichomonas vaginalis, parazit care se transmite pe cale sexuală. Secreția este purulentă, cu miros fetid, și este însoțită de prurit. Tratatamentul durează timp de 7 zile. Tratarea partenerului este obligatorie.

Candidoza vulvovaginală

Candida albicans este responsabilă de 85-90% dintre infecțiile fungice intravaginale. Lactobacilii împiedică dezvoltarea în exces a fungilor, iar administrarea de antibiotice modifică flora vaginală normală, determinând scăderea concentrației de lactobacili. Sarcina, diabetul determină scăderea imunității,

determinând o creștere a incidenței candidozei. Secreția este albă, aderentă, pacienta prezentând și prurit, senzație de arsură, dispareunie. Tratatamentul constă în aplicare topică de imidazoli.

Vaginita atrofică. Hormonii estrogeni au un rol important în menținerea echilibrului vaginal normal. Femeile la menopauză pot dezvolta vaginită inflamatorie cu dispareunie și sângerare secundar atrofiei epiteliului vaginal. Tratatamentul constă în administrarea de estrogeni intravaginal, sub forma de ovul sau cremă.

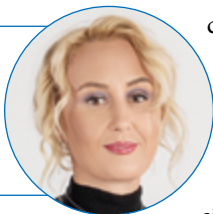
Cervicita

Inflamația cervixului cauzată de unele microorganisme: gonococ, chlamydia, mycoplasma, ureaplasma, determină modificări ale secreției vaginale. Tratatamentul este cu antibiotic pe cale orală. Tratatamentul partenerului este obligatoriu. În oricare dintre infecțiile vulvovaginale este bine să fie luate următoarele măsuri: evitarea contactului sexual până când are loc vindecarea procesului infecțios (eventual se poate folosi prezervativul), tratarea partenerului, evitarea lenjeriei sintetice, verificarea eficacității tratamentului prin teste paraclinice.

Uscăciunea Vaginală și Atrofia Vaginală: Cauze, Simptome și Soluții Moderne cu Acid Hialuronic

Uscăciunea vaginală și atrofia vaginală sunt probleme frecvente, mai ales în rândul femeilor care trec prin menopauză sau care au experimentat modificări hormonale semnificative. Deși aceste afecțiuni pot afecta calitatea vieții, există soluții moderne, cum ar fi utilizarea produselor cu acid hialuronic, care pot îmbunătăți semnificativ confortul și sănătatea vaginală.

Dr. Moraru
Mirela Cristina
CEO Bionike
www.bionike.ro



Ce este uscăciunea vaginală?

Uscăciunea vaginală este o condiție caracterizată prin lipsa lubrifierii naturale în vagin. Aceasta poate duce la disconfort, senzație de arsură, mâncărime și chiar dureri în timpul actului sexual.

Ce este atrofia vaginală?

Atrofia vaginală este o afecțiune în care mucoasa vaginală devine subțire, uscată și mai puțin elastică, cauzată, de obicei, de scăderea nivelului de estrogen, ca o consecință a menopauzei naturale cât și a menopauzei chirurgicale, care presupune îndepărtarea ovarelor, sau indusă prin radioterapia pelvisului sau chimioterapia, având ca rezultat alterarea permanentă a funcției ovarelor. În timp aceasta se poate agrava.

Cauze: Menopauza: Scăderea producției de estrogen reduce fluxul sanguin către țesuturile vaginale, ceea ce duce la uscăciune și subțierea mu-

coasei. **Alăptarea:** Nivelurile de estrogen scad temporar în timpul alăptării, ceea ce poate cauza uscăciune. **Stresul și anxietatea:** Pot afecta echilibrul hormonal și lubrifierea vaginală. Produse iritante: Detergenții, săpunurile dure sau produse de igienă intimă pot irita zona vaginală (recomand pH 5,5, iar la menopauză produse cu pH 7,00).



Tratamente medicale: Chimioterapia, radioterapia sau anumite medicamente pot contribui la apariția uscăciunii vaginale.

Datele arată ca 30% din cazurile femeilor cu uscăciune vaginală au vârsta între 20 și 39 ani, în 40% din cazuri au vârsta de 40 și 49 ani.

Produse cu acid hialuronic pentru sănătatea vaginală

Există o varietate de produse ce conțin acid hialuro-

nic și sunt concepute pentru a combate uscăciunea vaginală și atrofia. Cele mai populare includ: **Geluri vaginale cu acid hialuronic:** utilizate local pentru a oferi hidratare imediată și de lungă durată. Se aplică de obicei de 1-5 ori pe săptămână, în funcție de gravitatea simptomelor. Recomand **Gynexelle Hyalo-Duo** sub formă de tub cu 10 aplicatoare sterile sau monodoze sterile (versatile, ușor de luat cu tine oriunde). Pe lângă acidul hialuronic rapid absorbabil acestea conțin acid lactic pentru echilibrul pH-ului, extract de lupine cu rol cicatrizant. **Ovule vaginale:** Ovulele cu acid hialuronic sunt o opțiune practică, ușor de utilizat, dar necesită condiții speciale de depozitare și transport. **Injectii vaginale cu acid hialuronic:** Pentru cazurile severe de atrofie vaginală, injecțiile oferă un efect mai intens și de durată, fiind administrate de un medic specialist.

Beneficii ale utilizării produselor cu acid hialuronic: Îmbunătățirea confortului zilnic prin hidratare intensă, reducerea durerilor în timpul actului sexual, prevenirea infecțiilor recurente, refacerea elasticității și fermității țesutului vaginal.

Vitamina D și rolul acesteia în organism

Vitamina D, vitamină liposolubilă sintetizată în organism sub acțiunea razelor ultraviolete și existentă în unele alimente, are un rol important în homeostazia calciului. Efectul său principal este de creștere a absorbției intestinale a calciului și fosforului, esențiale în procesul de mineralizare osoasă. Concomitent intervine și în mineralizarea normală a matricei proteice, stimulând sinteza de osteocalcină.

**Șef lucrări
Dr. Monica Popescu**

UMF Carol Davila
Medic primar Medicină Internă,
specialist Reumatologie

Receptori pentru vitamina D au fost descoperiți și la nivelul celulelor sistemului imun, sugerând ipoteza că vitamina D ar putea modula funcția imună cu potențial de a influența riscul de apariție sau evoluție a bolilor autoimune. Aceasta modulează funcția neuromusculară, metabolismul glucozei, precum și o serie de gene ce codifică proteine reglatoare ale proliferării celulare.

Dozele zilnice necesare menținerii unui nivel optim de vitamina D variază în funcție de vârstă, de obicei fiind cuprinse între 600 și 2000 UI/zi.

Deficitul de vitamina D este întâlnit în special la vârstnicii instituționalizați (reducerea capacității de sinteză a vitaminei D la nivelul pielii, reducerea timpului de expunere la soare, dietă inadecvată). Studiile recente demonstrează însă o prevalență destul de ridicată a deficitului de vitamina D și în rândul adulților tineri sănătoși.

Alți factori de risc sunt reprezentati de concentrația crescută de

melanină în epidermă, malabsorbția grăsimilor, obezitate.

Procesele normale care se desfășoară la nivelul osului și mențin starea funcțională normală a acestuia depind și de structura și de funcția normală a musculaturii scheletice. Aceasta asigură echilibrul și tonusul postural care determină reducerea riscului de cădere. Vitamina D are rol și în dezvoltarea și creșterea normală a fibrelor musculare, nivelele inadecvate de vitamina D reducând forța musculară și cauzând slăbiciune musculară.

Tratamentul deficitului de vitamina D reduce riscul de fracturi de șold și fracturi non vertebrale. O metaanaliză a 6 studii clinice însumând 49.282 de vârstnici a pus în evidență că suplimentarea cu vitamina D (400 IU sau 800 UI/zi) și calciu (800 mg/zi sau 1.200 mg/zi) pe un termen mediu de 5.9 ani, a redus riscul pentru orice tip de fractură cu 6% și riscul de fractură de șold cu 16%.

O altă metaanaliză (Boonen) raportează că suplimentarea de vitamina D și calciu reduce cu 18% riscul de fractură de șold la femei postmenopauză și bărbați peste 50 ani. Majoritatea trial-urilor demonstrează o eficiență a efectului antifractură pentru doze de 800 UI vitamina D3 /zi.

Rezultatele metaanalizei Biscoff-Ferrari, evaluând eficacitatea vitaminei D în prevenția fracturilor de șold și non vertebrale la persoane peste 65 de ani, a arătat o protecție eficientă dependentă de doză. În această metaanaliză, dozele peste 400UI/zi, independent de administrarea de calciu, au redus riscul de fractură cu cel puțin 20% la persoane peste 65 de ani.

Tratamentul deficitului de vitamina D a dovedit că îmbunătățește densitatea minerală osoasă. O analiză a Third Național Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) a arătat o corelație pozitivă între nivelele circulante de 25(OH)D și densitatea minerală osoasă.

Suplimentarea de vitamina D este asociată cu reducerea riscului de cădere și ameliorarea forței musculare la vârstnici (reducere a căderilor cu aproape 22%).

Pe lângă efectele vitaminei D în reumatologie, patologia oncologică, afecțiunile cardiovasculare, diabetul zaharat, scleroza multiplă și, în ultimii ani, infecția cu virusul SARS COV 2, sunt de asemenea influențate pozitiv de nivelele de vitamina D.

În concluzie, vitamina D rămâne un element important în tratamentul osteoporozei, reprezentând de asemenea o medicație adjuvantă utilă în diverse alte patologii.

Contribuția farmaciilor cu rețetură la suplinirea lipsei medicamentelor esențiale

În contextul crizei de medicamente esențiale, farmaciile cu rețetură joacă un rol vital în asigurarea continuității tratamentelor pentru pacienți. Prin posibilitatea de a formula preparate magistrale, farmaciile pot oferi soluții personalizate, care suplinesc absența temporară a unor medicamente din piață. Acest proces devine deosebit de important pentru pacienții cronici și vulnerabili, care nu își pot permite întreruperea tratamentelor.



Rolul farmaciștilor în consilierea pacienților și identificarea soluțiilor alternative

Farmaciștii au un rol esențial în identificarea de soluții alternative în situațiile de criză a medicamentelor. Ei nu doar eliberează rețete, ci consiliază pacienții, oferindu-le informații valoroase despre alternative sigure, ajustarea dozelor sau despre preparatele disponibile pe baza unei formulări magistrale. Colaborarea strânsă dintre farmacist și medic este esențială în această etapă. Farmacistul, în colaborare cu medicul, poate recomanda un medicament echivalent sau poate formula o soluție pe bază de rețetă individualizată, respectând nevoile pacientului. Această comunicare rapidă și eficientă între specialiști permite gestionarea mai bună a crizelor de aprovizionare.

Provocările pacienților cronici în obținerea tratamentelor necesare

Pacienții cronici sunt printre cei mai afectați de lipsa medi-

camentelor esențiale. Ei depind de medicația zilnică pentru a-și controla bolile și pentru a preveni complicații severe. Întârzierile sau lipsa unor medicamente din farmacie pot duce la agravarea stării de sănătate, ceea ce generează o presiune suplimentară asupra sistemului de sănătate. Farmaciile cu rețetură oferă însă o alternativă viabilă, punând la dispoziție soluții magistrale sau preparate personalizate care pot înlocui temporar anumite medicamente indisponibile. Totuși, acest proces implică timp și resurse, iar pacienții cronici se confruntă adesea cu stresul cauzat de nesiguranța obținerii tratamentelor la timp.

Importanța educației și colaborării între pacienți, medici și farmaciști

În fața crizei de medicamente, educația și comunicarea eficientă între toate părțile implicate devin cruciale. Pacienții trebuie să fie informați corect cu privire la posibilitățile de substituie a medicamentelor lipsă, la alternativele existente sau la soluțiile temporare oferite de farmaciile cu rețetură. De asemenea, este necesară o colaborare constantă între medici și farmaciști pentru

a identifica rapid soluții sigure și eficiente.

Impactul crizei medicamentelor asupra pacienților vulnerabili

Pacienții vulnerabili, cum sunt cei în vârstă, cu boli cronice grave sau cu venituri mici, sunt printre cei mai afectați de criza medicamentelor. Lipsa accesului la medicamentele esențiale poate duce la întreruperi de tratament, complicații grave și, în cazuri extreme, la deces. Pentru acești pacienți, farmaciile cu rețetură reprezintă o salvare, oferind soluții temporare sau preparate personalizate care permit continuarea tratamentului.

În concluzie, farmaciile cu rețetură devin adevărate surse de speranță în mijlocul crizei de medicamente, oferind pacienților nu doar tratamente, ci și liniștea că nu sunt abandonați într-un moment de mare nevoie. Pentru mulți pacienți cronici și vulnerabili, fiecare zi în care își pot continua tratamentul înseamnă o șansă la o viață mai bună, stabilă. În spatele fiecărui medicament preparat cu grijă se află o echipă dedicată, un farmacist care înțelege mai presus de orice că sănătatea și viața unui om depind de acel gest.

Reacții cutanate postmedicamentoase

Erupțiile cutanate induse de medicamente cuprind un spectru larg de manifestări clinice. Aceste reacții pot varia de la erupții ușoare, autolimitante, la condiții severe, care pot pune viața în pericol. Creșterea prevalenței prescrierilor de medicamente în practica medicală contemporană a condus la o creștere corespunzătoare a incidenței acestor erupții, făcând imperativă recunoașterea, diagnosticarea și gestionarea lor eficientă de către profesioniștii din domeniul sănătății.



Prof. Univ Dr. Habil. Maria Rotaru,
Facultatea de Medicină,
Universitatea „Lucian
Blaga” Sibiu, Clinica
Dermatologie Spitalul Clinic
Județean de Urgență Sibiu



Dr. Diana Bobeș,
Medic rezident
dermatovenerologie,
Spitalul Clinic Județean
de Urgență Sibiu



Fiziopatologia erupțiilor cutanate induse de medicamente implică mecanisme complexe imunologice și non-imunologice.

Reacțiile imunologice sunt cele mai frecvente:

Tipul I cuprinde reacții de hipersensibilitate imediată, cum ar fi urticaria și angioedemul

(erupție edematoasă subcutanată), care apar la câteva minute până la ore după expunerea la medicament.

Tipul II, citotoxic, este mai puțin frecvent. Trombocitopenia (scăderea numărului de trombocite la nivel sangvin) indusă de medicamente este un exemplu de reacție de tip II.

Tipul III implică formarea de complexe antigen-anticorp care se depun în diverse țesuturi, ducând la răspunsuri inflamatorii. Reacțiile similare bolii serului (reacție imună anticorp-antigen) sunt un exemplu.

Tipul IV, cunoscut și sub denumirea de hipersensibilitate întârziată, se prezintă de obicei sub formă de erupții macu-

loapulare sau alte manifestări mai severe.

Mecanismele non-imunologice includ efecte secundare farmacologice, toxicitate cumulativă, interacțiuni medicamentoase și exacerbarea afecțiunilor dermatologice preexistente. De exemplu, reacțiile de fotosensibilitate sunt non-imunologice și apar atunci când un medicament absoarbe lumina ultravioletă.

Aspectul clinic al erupțiilor cutanate induse de medicamente variază foarte mult, în funcție de tipul reacției și de răspunsul individual al pacientului la medicament.

Cele mai comune astfel de erupții cutanate includ:

Erupțiile exantematoase (maculopapulare) sunt cel mai frecvent tip de erupție cutana-

tă indusă de medicamente. De obicei, apar la câteva zile până la săptămâni după inițierea medicamentului și sunt adesea asociate cu simptome sistemice, cum ar fi febra.

Urticaria și angioedemul dau reacții sub formă de papule pruriginoase, apărând de obicei la câteva minute până la ore după expunerea la medicament. Urticaria poate fi acută sau cronică și poate fi un precursor al anafilaxiei (șoc anafilactic).

Eritemul fix postmedicamentos se prezintă sub formă de plăci rotunde, eritematoase solitare sau multiple, care reapar în același loc la fiecare expunere la medicament. Zonele frecvent implicate includ buzele, organele genitale și extremitățile.

Pustuloza exantematoasă acută generalizată (AGEP) se caracterizează prin apariția rapidă a numeroase pustule sterile, adesea însoțită de febră și leucocitoză (creșterea numărului de leucocite în sânge).

Sindromul Stevens-Johnson (SJS) și necroliza epidermică toxică (TEN) sunt reacții severe, care pun viața în pericol, caracterizate prin desprinderea extensivă a pielii și implicarea mucoaselor.

Reacția medicamentoasă cunoscută și sub numele de sindrom de hipersensibilitate indusă de medicamente (DIHS), se prezintă sub forma unei erupții extinse, febră, limfadenopatie (creșterea în volum a ganglionilor limfatici) și implicarea organelor interne.

Diagnosticarea erupții-

lor cutanate induse de medicamente implică o evaluare clinică detaliată, incluzând o anamneză completă a pacientului, examen fizic și, când este necesar, studii de laborator și histopatologice.

Anamneza cuprinzătoare este esențială, incluzând cronologia expunerii la medicament, debutul simptomelor, reacțiile anterioare la medicamente și orice afecțiuni medicale subiacente. Anamneza trebuie să ia în considerare și medicamentele fără prescripție medicală, suplimentele pe bază de plante și agenții topici.

Examinarea fizică se concentrează pe distribuția, morfologia și severitatea leziunilor cutanate, precum și pe orice implicare sistemică. Atenția trebuie acordată membranelor mucoase și altor organe care ar putea fi afectate.

În funcție de scenariul clinic, testele de laborator pot include hemoleucograma completă, evaluarea funcției hepatice și renale, markeri ai inflamației sau infecției.

Examinarea histopatologică poate furniza informații valoroase, mai ales în diferențierea dintre diferitele tipuri de erupții medicamentoase. De exemplu, SJS/TEN arată de obicei necroză epidermică pe toată grosimea, în timp ce AGEP este caracterizată de pustule subcorneale.

Gestionarea erupțiilor cutanate induse de medicamente implică mai multe principii cheie: identificarea și întreruperea medicamentului cauzator, îngrijirea de susținere și

tratarea oricăror complicații. Încetarea imediată a administrării medicamentului suspectat este crucială iar dacă nu există alternative disponibile, protocoalele de desensibilizare pot fi luate în considerare sub supravegherea unui specialist.

Terapia de susținere cuprinde măsuri generale, cum ar fi menținerea hidratații, nutriției și îngrijirii pielii. Emolientele topice și dermatocorticoizii pot ajuta la ameliorarea pruritului și inflamației în cazurile ușoare până la moderate.

Pentru reacțiile mai severe, pot fi necesari corticosteroizi sistemici sau agenți imunosupresori. Ca terapie simptomatică, antihistaminicele pot ajuta la gestionarea urticariei și pruritului, iar analgezicele și antipireticele pot fi necesare pentru febra și durerea asociate cu erupțiile severe.

Reacțiile severe, cum ar fi sindromul Stevens-Johnson și necroliza epidermică toxică, necesită management intens, incluzând îngrijirea ulcerărilor, controlul infecțiilor și monitorizarea implicării multi-organice. Transferul precoce la o unitate specializată de arși sau unitate de terapie intensivă poate îmbunătăți semnificativ prognosticul.

Educarea pacienților despre importanța evitării medicamentului cauzator și furnizarea de informații detaliate despre alergiile lor medicamentoase este esențială. Atunci când se prescriu medicamente, ar trebui să se țină cont de istoricul pacientului privind alergiile medicamentoase și factorii de risc.

Scutirea de Uz Terapeutic – document important în Medicina Sportivă



Ce se întâmplă atunci când un sportiv trebuie să urmeze un tratament cu o substanță inclusă pe lista substanțelor interzise? Este necesară și obligatorie obținerea Scutirii de Uz Terapeutic (SUT).

Dr. Mihaela
Dobranici,
Medic Primar
Medicină Sportivă



le este solicitată testarea. Refuzul, neprezentarea fără justificare sau evitarea prelevării probelor reprezintă o încălcare a reglementărilor în vigoare și se sancționează ca atare.

Există o listă cu toate substanțele interzise pe care sportivii nu le pot folosi sau le pot folosi doar în anumite condiții. Această listă este revizuită anual și intră în vigoare la începutul fiecărui an. Lista poate

Sportivii sunt supuși controlului doping și trebuie să respecte cu strictețe regulile privind consumul de substanțe aflate pe Lista Interzisă. Prezența unei substanțe interzise, a metaboliților acesteia sau a markerilor ei în proba biologică a unui sportiv poate duce la suspendarea acestuia din activitatea sportivă pentru o perioadă de la 2 până la 4 ani sau chiar pe viață. Sportivii trebuie să se supună controlului doping indiferent de loc sau de oră, atunci când

SUT se acordă dacă:

- Starea de sănătate s-ar înrăutăți semnificativ dacă substanța și/sau metoda interzisă ar fi retrasă din tratamentul unei afecțiuni acute sau cronice.
- Substanța nu sporește performanța, ci doar readuce sportivul la starea normală de sănătate.
- Nu există un alt tratament alternativ rezonabil, permis care să poată fi folosit.
- Necesitatea de a folosi substanța sau metoda interzisă nu se datorează utilizării prealabile a acesteia fără a deține o SUT validă.

Știați că:

- Toți sportivii care suferă de diabet zaharat și urmează tratament cu insulină necesită o scutire de uz terapeutic (SUT). Insulina este interzisă conform S4 din Lista Interzisă – Hormoni și modulatori metabolici (categorie care include substanțe interzise permanente).
- Sportivii care suferă de hipertensiune arterială și urmează tratament cu beta-blocante au nevoie de SUT dacă practică sporturi precum tir cu arcul, automobilism, schi, darts etc. Beta-blocantele sunt interzise conform P1 din Lista Interzisă – Beta-blocante.
- Glucocorticoizii au devenit, începând cu 2022, o categorie de substanțe interzise în competiție pe orice cale de administrare (injectabil, oral, rectal, etc). Utilizarea lor în afara competiției nu este interzisă. Este important să cunoașteți perioada de eliminare a glucocorticoizilor, aceasta fiind diferită în funcție de calea de administrare sau substanța administrată. De exemplu, atunci când se administrează acetonida de triamcinolonă intramuscular, substanța poate fi găsită în corpul sportivului până la 60 de zile.
- Tramadolul este un opioid utilizat pentru tratarea durerii moderate și severe. După 10 ani în programul de monitorizare WADA, tramadolul este inclus în categoria substanțelor interzise în competiție începând cu anul 2024.

fi accesată pe website-urile de specialitate: www.anad.gov.ro, www.wada.com. Lista Interzisă include mai multe secțiuni, existând substanțe interzise în competiție sau permanent. Perfuziile și injecțiile intravenoase au și ele un regim special de administrare.

Categoriile de sportivi care trebuie să obțină SUT când este nevoie: Orice sportiv care poate fi supus testării (controlului doping), sportivii incluși în loturile de testare, sportivii care participă la competiții na-

ționale sau internaționale trebuie să obțină o SUT dacă este necesar să folosească o substanță sau metodă interzisă.

Cui ne adresăm pentru obținerea Scutirii de Uz Terapeutic: Sportivii de talie națională se adresează Agenției Naționale Anti-Doping (ANAD), iar sportivii de nivel internațional, federației internaționale relevante. Pentru competiții majore, cum sunt Jocurile Olimpice, sportivul trebuie să contacteze organizatorul evenimentului.

Pașii pentru obținerea SUT: se solicită anterior utilizării sau deținerii substanței, cu excepția cazului în care sportivul este îndreptățit să solicite o SUT retroactivă. Formularul SUT semnat de sportiv și medic, istoricul medical detaliat, rezultatele examinărilor de specialitate, investigații de laborator sau alte investigații relevante pentru a justifica solicitarea SUT sunt trimise cât mai rapid posibil către organizațiile responsabile cu acordarea SUT. Documentația este analizată de o comisie de medici de specialitate, iar dacă tratamentul este considerat necesar, sportivul este informat despre obținerea SUT.

Există situații excepționale în care se poate cere o scutire de uz terapeutic retroactivă, de exemplu, când a fost necesar un tratament de urgență, nu a fost timp suficient sau au existat alte circumstanțe excepționale care au împiedicat depunerea solicitării. În cazul sportivilor de nivel redus, neaflați sub jurisdicția unei federații sau organizații naționale anti-doping, care au fost testați, sunt îndreptați să solicite o SUT retroactivă.

Este important ca medicii din orice specialitate să știe că sportivii au un regim special în ceea ce privește tratamentul cu substanțe precum glucocorticoizii, diureticele, beta-blocantele, insulina sau alte medicamente uzuale folosite în diferite boli cronice sau acute. Se recomandă verificarea Listei Interzise înainte de a prescrie orice substanță.

Bolile cardiovasculare la pacientul diabetic (text adaptat)

Primul pas în abordarea bolilor cardiovasculare la un pacient diabetic este stabilirea nivelului de risc cardiovascular al pacientului. Dacă pacientul prezintă complicații ale diabetului zaharat la nivel cardiac, renal, retinian sau nervos periferic, atunci pacientul este cu risc foarte înalt. Estimarea riscului cardiovascular la 10 ani se face după criterii care cuprind vârsta, sexul, fumatul, valorile tensiunii arteriale și ale colesterolului, nivelul hemoglobinei glicozilate, funcția renală și riscul asociat zonei geografice.

Colonel Șef
de Lucrări Dr. Alice-
Elena Munteanu
SCUMC „Dr. Carol Davila”,
Facultatea de Medicină,
Universitatea “Titu
Maiorescu” București



Dr. Silviu Andrei
Medic rezident Cardiologie
SCUMC „Dr. Carol Davila”



Strategiile de reducere a riscului cardiovascular încep cu impunerea unui stil de viață pentru scăderea în greutate, inițial printr-o dietă echilibrată însoțită de activitate fizică constantă, și abia apoi urmând terapiile farmacologice sau chirurgia bariatrică dacă celelalte metode eșuează.

Controlul glicemic este esențial în prevenirea complicațiilor microvasculare asociate diabetului dezechilibrat.

Sindromul metabolic cuprinde diabetul zaharat, obezitatea, dislipimia și hipertensiunea arterială, pacienții necesitând tratament ținut pentru fiecare dintre aceste afecțiuni,

dar și pentru complicațiile secundare lor.

În tratamentul hipertensiunii arteriale trebuie luată în considerare o țintă de sub 130mmHg la pacienții cu risc ridicat de evenimente cerebrovasculare, pentru care sunt recomandate și medicamentele anti-diabetice la pacienții cu risc cardiovascular crescut.

Scăderea colesterolului este o necesitate dată de riscul cardiovascular al pacientului diabetic care asociază boală aterosclerotică severă, leziuni ale organelor țintă sau un scor de risc coronarian ridicat.

Diabetul zaharat este de asemenea frecvent asociat cu importante complicații aritmice, fiind observată o incidență mai mare și debut la o vârstă mai tânără a fibrilației atriale, dar și un risc crescut de aritmii ventriculare mai ales în perioadele de hipoglicemie sau hiperglicemie.

Nefropatia diabetică este principala cauză de insuficiență renală cronică, fiind reco-

mandată testarea anuală a pacienților cu diabet zaharat.

O altă complicație a diabetului zaharat asociată cu un grad semnificativ de morbiditate este boala arterială periferică, pacienții diabetici prezentând mult mai precoce stenoze carotidiene semnificative sau ischemie cronică de membre inferioare complicată cu ulceratii sau gangrenă. Investigațiile bolii arteriale periferice cuprind indicele gleznă-brăț și haluce-brăț, ecografia Doppler și angiografia intervențională și calcularea scorului „Wifl” pentru evaluarea riscului de amputație.

În concluzie, este esențial să cunoaștem toate particularitățile bolilor cardiovasculare la pacientul diabetic pentru a asigura o terapie eficientă atât a diabetului zaharat, cât și a patologiilor asociate, ținând cont de relațiile dintre ele și de modul în care tratamentul ținut al unei afecțiuni le influențează pe celelalte.

FORA® 6 Connect



Sistem multifuncțional de monitorizare

Dispozitiv portabil multiparametru



Pentru managementul avansat al diabetului

Sistemele **FORA 6 Connect** măsoară 6 parametri. Simplu și precis:



Glicemie



Hematocrit



Hemoglobina



β-cetone



Colesterol
total



Acid uric





LISTERINE®

GINGII MAI SĂNĂTOASE ÎN 2 SĂPTĂMÂNI



Periaj dentar



Ață dentară



Apă de gură

