

săptămâna

Anul XXI • Nr. 318 • martie 2026

MEDICALĂ

9.00 lei



**Pacientul
pediatric
cu exantem
infecțios**

**Neonatologia
și genetica**

**Medicina
personalizată
la pacientul
cu astm**

**Controlul
tuberculozei
în România**

**Polineuropatia
diabetică**

**Retinopatia
diabetică**

**Patru secole
de microscopie**





MiYOSMART. Încredere dovedită prin studii.

Copiii merită cea mai bună soluție pentru miopie, motiv pentru care HOYA a studiat și dezvoltat lentilele MiYOSMART de control al miopiei, adaptate pentru stilul de viață activ al copiilor.

Lentilele MiYOSMART reprezintă soluția revoluționară menită să corecteze viciul de refracție și să încetinească progresia miopiei.

Descoperiți mai multe accesând codul QR!



HOYA
FOR THE VISIONARIES



www.hoyavision.com/ro

„Profilarea genomică - identificare a modificărilor genetice cu relevanță diagnostică”



Testarea genetică nu constituie, în sine, o metodă de prevenție a cancerului, ci reprezintă mai degrabă punctul de plecare în evaluarea riscului oncologic. Prin intermediul acesteia, putem identifica persoanele cu predispoziții genetice și putem construi strategii de screening personalizat, supraveghere atentă și depistare precoce, înainte ca afecțiunea să se manifeste clinic. În special pentru pacienții cu antecedente familiale sau personale sugestive pentru agregare familială a unei patologii

neoplazice, testarea genetică oferă informații valoroase care ne permit să planificăm un program de monitorizare eficient.

Deși identificarea unei mutații germinale nu garantează că boala se va dezvolta, ea creează o oportunitate importantă de a stabili un plan clar de supraveghere, de a interveni precoce și, în anumite situații, de a implementa măsuri profilactice, crescând astfel șansele de detectare timpurie.

Pentru ca aceste informații să fie valorificate corespunzător, este esențial ca testarea să fie integrată în cadrul unei ședințe de consiliere genetică, alături de o evaluare clinică atentă, în colaborare cu o echipă multidisciplinară.

Profilarea genomică comprehensivă oferă posibilitatea de identificare a modificărilor genetice cu relevanță terapeutică, diagnostică sau prognostică, atât somatice, cât și germinale, și poate ghida alegerea terapiei țintite sau includerea pacienților în studii clinice. Această abordare devine deosebit de valoroasă în cazul tumorilor rare, oferind o perspectivă mai clară asupra mecanismelor moleculare implicate și noi oportunități de tratament.

În acest context, tumor board-ul molecular joacă un rol central: interpretarea rezultatelor profilării genomice și integrarea acestora într-un plan terapeutic personalizat, unde expertiza multidisciplinară a oncologilor, geneticienilor și anatomo-patologilor oferă opțiuni terapeutice optim adaptate profilului molecular al pacientului.

Prof. Assoc. Dr. Dana Lucia Stănculeanu, Medic Primar Oncologie,
Institutul Oncologic București „Prof. Dr. Alexandru Trestioreanu”

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Pacientul pediatric cu exantem infecțios	4
Neonatologia și genetica	6
Cum decurge operația de cataractă cu implant de cristalin artificial la Ama Optimes	12
„Medicina personalizată la pacientul cu astm”	13
Controlul tuberculozei în România	14
Durerea în Reumatologie	18
Polineuropatia diabetică - complicația „dureroasă” a pacientului cu diabet	20
Retinopatia diabetică	22
Sindromul cardio-reno-metabolic - o nouă paradigmă integrată în prevenția și tratamentul bolilor cardiovasculare	24
Cancerle urologice în era echipelor multidisciplinare	28
Chirurgia robotică, radioterapia și oncologia medicală ca părți ale aceleiași strategii integrate	28
Patru secole de microscopie	30

Abonament la revista Săptămâna Medicală

săptămâna
MEDICALĂ



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

Coordonator medical: Dr. Aurora Bulbuc,
medic primar Medicină de familie
Editor: Fin Watch
Calea Rahovei, nr. 266-268, Sector 5, București,*
Electromagnetica Business Park, Corp 1, et. 1, cam. 04
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

Tiraj: 15.000 ex.
ISSN 2067-0508



Pacientul pediatric cu exantem infecțios

Abordarea pacientului pediatric cu exantem infecțios reprezintă o provocare, deoarece erupțiile au aspect polimorf, de cele mai multe ori. În altă ordine de idei, în exantem infecțios pot fi asociate două sau mai multe infecții. Totodată, este important să avem în vedere că acestor pacienți le-au fost administrate mai multe medicamente anterior, în momentul în care simptomele au debutat.

Dr. Raluca-Gabriela Miulescu,
Medic sp. dermato. pediatrică

Dr. Stela Rodica Lumpan, Medic
Specialist Medicină de Laborator

Dr. Alina Turenschi, Medic sp.
pediatrie, Sp. de Pediatrie Ploiești

În vederea sintetizării abordării unui pacient pediatric cu exantem infecțios se parcurg următorii pași: diagnosticarea exantemului, examenul clinic, investigații de laborator, discuții despre cele mai importante forme de exantem, clasificarea erupțiilor cutanate.

Istoricul exantemului presupune a se răspunde la 8 întrebări care definesc istoricul și starea pacientului: a existat un prodrom? (febră), unde și când a început erupția cutanată, cum a progresat erupția cutanată din punct de vedere anatomic, ce simptome sunt asociate cu erupția cutanată, ce aspect a avut erupția cutanată, a fost instituit vreun tratament pentru erupția cutanată, exista vreo legătură epidemiologică (de exemplu, un alt frate/membru al familiei cu această infecție/erupție asemănătoare), a călătorit pacientul în ultimele zile.

Examen clinic al exantemului: Caracterizarea leziunilor – individual, colectiv; morfologia leziunilor; aranjamentul

leziunilor – liniar, dermatomal, inelar; distribuția leziunilor – simetrică, pe zonele expuse, izolate vs. generalizate, bilaterale vs. unilaterale. Unele erupții cutanate prezintă caracteristici suprapuse.

Diagnosticul diferențial al exantemelor infecțioase

Diagnosticul diferențial reprezintă o provocare pentru că presupune procesarea foarte multor date care caracterizează toate posibilele diagnostice suspionate. Trebuie decelate valorile biologice și clinice specifice la peste 30 de varietăți de exantem infecțios pentru a se stabili un diagnostic corect.

Examenul clinic include următoarele: semne vitale, starea generală pentru a evalua severitatea bolii, atenție la ganglionii limfatici, mucoase, conjunctive și organe genitale, semne meningeale și evaluare neurologică completă, dimensiunea ficatului și a splinei, examen articular.

Analize de laborator: hemoleucograma completă, CRP, procalcitonină (nou-născuți), teste antigenice, teste serologice, hemoculturi, culturi de secreții (ale leziunilor), teste PCR, culturi virale; uneori este necesară chiar biopsie cutanată: microbiologie, examen histopatologic.

Clasificarea exantemelor infecțioase

Exanteme veziculare: varicelă, boală gură-mână-picior, eczema herpetică, virusul varicelo-zosterian.

Exantem viral maculo-pulos: pojar, rubeolă, parvovirusul B19, enterovirus, herpesvirus 6 și 7, CMV, EBV, chikungunya, denga, Zika, SARS-CoV-2, rotavirus, hipomelanoza eruptivă, exanteme ale virusului hepatitei B și C, exanteme HIV, arbovirusuri și febre tropicale.

Exantem bacterian maculo-pulos: scarlatină, șoc toxic stafilococic, șoc toxic streptococic, epidermiză stafilococică acută, purpura fulminans, eritem perineal recurent, meningocemie cronică, febră pătată mediteraneană.

Alte exanteme: pseudoangiomatoză eruptivă, sindromul Gianotti-Crosti, exantem perifleural asimetric al copilăriei, pityriasis rosea Gibert.

Concluzii

În concluzie, în vederea diagnosticării și managementului complet al pacientului pediatric cu exantem infecțios este necesară o echipă multidisciplinară formată din medic pediatru, dermatolog, specialist în boli infecțioase, medicină de laborator, dar și alte specialități conexe.

TEEN DERM® A.Z

EFICACITATE DOVEDITĂ CLINIC¹

SUPERIOARĂ SAU ECHIVALENTĂ TRATAMENTELOR ORALE ȘI TOPICE.

ACID AZELAIC 15%

α-PURE® COMPLEX

Tehnologie activă purifiantă

- **Extract de Boswellia** → Acțiune anti-inflamatorie
- **Esteri din ulei de avocado** → Acțiune sebo-reglatoare
- **Glucoză + Xilitol natural** → Acțiune hidratantă și relipidantă
- + GLICERINĂ

Rezultate vizibile în **5 ZILE**¹Calitate a vieții îmbunătățită: **+72%** (CADI SCORE)²**100%** plăcut de utilizat²**23.8%**
INGREDIENTE ACTIVE100% TOLERANȚĂ¹

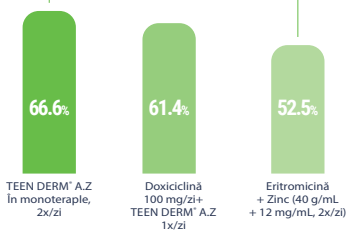
BENEFICII

CONFORT
GARANTATGel-cremă ultra-ușoară,
cu absorbție rapidă

+10

REDUCEREA LEZIUNILOR
INFLAMATORII

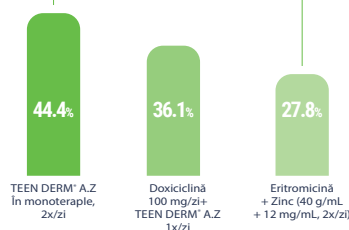
90 de pacienți, 84 de zile



TEEN DERM® A.Z în monoterapie 2x/zi

REDUCEREA HIPERPIGMENTĂRII
POSTINFLAMATORII (PIH)

90 de pacienți, 84 de zile



TEEN DERM® A.Z în monoterapie 2x/zi

90 pacienți

acnee ușoară până la moderată
(GEA 2-3)

3 grupuri

POATE FI UTILIZAT PE TOT PARCURSUL ANULUI
ACID AZELAIC = INGREDIENT ACTIV NON-FOTOSENSIBILIZANT

1. Studiu realizat pe 21 de voluntari cu ten mixt până la gras, acnee moderată și unele pete de hiperpigmentare postinflamatorie (PIH) la nivelul feței. Aplicare: dimineața și seara a TEEN DERM® A.Z, timp de 56 de zile. Evaluare clinică realizată de un medic dermatolog. 2. Vlăduți A., Afshin H., Clément A., Mainzer C., O cremă dermocosmetică ce conține 15% acid azelaic și un complex de ingrediente active este la fel de eficientă ca antibioticele în tratamentul acneei ușoare până la moderată, manuscris în pregătire, 2024. 90 de pacienți. Evaluarea calității vieții realizată utilizând Cardiff Acne Disability Index (CADI).

Neonatologia și genetica



Neonatologia și genetica medicală joacă un rol esențial în protejarea sănătății nou-născuților încă din primele zile de viață. Prin screening neonatal și teste genetice moderne, pot fi depistate precoce boli ereditare sau metabolice, uneori înainte de apariția simptomelor. Diagnosticul timpuriu permite inițierea rapidă a tratamentului, prevenirea complicațiilor și îmbunătățirea calității vieții copiilor, dar și consilierea corectă a familiilor privind riscurile genetice și planificarea viitoarelor sarcini.

Prof. Univ. Dr.
Stoicescu Silvia-Maria
Medic primar pediatrie/
neonatologie,
doctor în medicină



Neonatologia este specialitatea care se ocupă cu asistența medicală a copilului în primele 28 de zile de viață.

Este supraspecialitatea pediatrică care asistă nou-năs-

cutul sănătos, prematur, bolnav, previne și face profilaxia diverselor afecțiuni caracteristice acestei perioade, monitorizează și tratează specific.

Neonatologia, deși o specialitate relativ tânără, despre care se vorbește numai de aproximativ 50 de ani, a înregistrat progrese semnificative, concretizate în creșterea supraviețuirii prematurilor începând cu 22 săptămâni gestaționale și reducerea

indicatorilor de morbiditate și mortalitate neonatală. În ciuda acestora, în continuare se observă o incidență crescută a sechelilor pe termen scurt și lung la prematurii extremi, supraviețuitori. Se consideră că ameliorarea acestei situații se poate obține printr-o și mai strânsă colaborare cu obstetrica patologică, medicina fetală, genetica și alte specialități înrudite.

Genetica medicală este specialitatea care depistează,



Boost4Life

PLUS DE ECHILIBRU, PLUS POUR LA VIE

VITAMINA D3 + K2, ESENȚIALĂ ÎN TRANZIȚIA DINTRE SEZOANE

- ✓ Susține funcționarea normală a sistemului imunitar
- ✓ Contribuie la menținerea sănătății oaselor
- ✓ Vitamina K2 sprijină direcționarea calciului către oase și dinți



D3+K2 (2000 UI D3 + 75 µg K2)

- + Doză echilibrată pentru întreținere constantă



D3+K2 FORTE (5000 UI D3 + 100 µg K2)

- + Doză concentrată pentru deficit sau necesar crescut

ACESTE SÚNT SUPLEMENTE ALIMENTARE. CITIȚI CU ATENȚIE INFORMAȚIILE DE PE AMBALAJ.

www.boost4life.ro

diagnostichează, recomandă tratamente și recuperarea pacienților cu patologie genetică.

Genetica neonatală studiază bolile genetice care sunt prezente sau apar imediat după naștere. Acestea pot afecta

integritatea structurală și funcțională a organismului, fiind determinate de mutații genetice, anomalii cromozomiale sau factori de mediu. Rolul geneticii este extrem de important pentru identificare și asigurarea sănătății nou-născuților prin metode screening efectuate imediat după naștere. Știm că fiecare copil dobândește de la părinți o serie de gene

care determină caracteristici somatice ca talia, culoarea părului sau a ochilor. Genele conțin instrucțiuni de creștere celulară, organică, funcțională pentru o dezvoltare normală. În același timp, genele au și informații despre predispoziția individuală la diferite boli, inclusiv cele înăscute, transmise de la părinți.

Realizarea scopului neonatologilor și geneticienilor, respectiv asigurarea stării de bine a pacienților, se realizează prin cooperare. Cooperarea extinsă, în cazul pacienților cu boli genetice diagnosticate din perioada neonatală, înseamnă implicarea pe termen lung și a altor specialități medicale, cum ar fi pediatria, neurologia, kinetoterapia și consilierea în genetică. În același timp, comunicarea interdisciplinară cu genetica poate completa informațiile neonatologilor care pot fi folosite din timp, înaintea apariției simptomelor unor

boli. Identificarea precoce a patologiei genetice este justificată de ratele mari ale morbidității și mortalității în populația afectată. Progresele geneticii neonatale permit detectarea și îmbunătățirea calității vieții nou-născuților bolnavi și a familiilor lor.

Diagnosticul stabilizat imediat după naștere evită apariția complicațiilor și alterarea stării de sănătate, tratamentul optim îmbunătățește calitatea vieții pacientului, consilierea familială explică riscul transmiterii unor afecțiuni urmașilor și influențează deciziile cuplurilor în cadrul planingului familial. În plus, prin cercetare continuă, genetica poate identifica boli noi și poate analiza impactul acestora asupra sănătății și dezvoltării copiilor.

Pentru identificarea bolilor genetice de către neonatologi, este esențială o abordare sistematică în evaluarea clinică a nou-născuților dismorfici sau malformați. Concomitent, anamneza familială a sarcinii, rezultatele investigațiilor specifice efectuate pe durata gravidității, pentru că în prezent genetica face parte din consultația prenatală, oferă un cumul de informații utile.

Examenul clinic complet, efectuat tuturor nou-născuților încă de la naștere și repetat sistematic, trebuie să identifice ca-

racteristicile somatice și comportamentale diferite de standardele considerate normale. Astfel, pot fi obținute informații despre mecanismele embriologice determinante. Datele obținute trebuie interpretate conform normogramelor ținând cont de variațiile familiale.

Bolile genetice influențează viața, creșterea, dezvoltarea și sănătatea pe termen lung. Identificarea lor în perioada neonatală se efectuează cu ajutorul testelor genetice. Screeningul neonatal se aplică tuturor nou-născuților în primele zile după naștere pentru confirmarea unor boli genetice. Testarea genetică este instrumentul folosit uzual, instrument accesibil, care oferă certitudinea diagnosticului și siguranța tratamentului aplicat nou-născuților bolnavi. Ea este indicată nou-născuților cu dismorfism, cu una sau mai multe anomalii congenitale, cu disfuncții inexplicabile sau stare generală foarte gravă de cauză necunoscută. În plus, în ultima perioadă de timp se recomandă secvențierea exomului (WES) și genomului (WGS). WES (Whole Exome Sequencing) este o tehnică avansată de testare genetică care analizează regiunile codificatoare din circa 20.000 de gene umane pentru a identifica mutațiile genetice care cauzează boli ereditare și afecțiuni medicale complexe. WGS (Whole Genome Sequencing) este secvențierea întregului genom, analiză genetică complexă, care determină întreaga secvență ADN a unui organism, inclu-

Omega 3 + Evening Primrose Balance

Echilibru și protecție
antioxidantă, într-o formulă
sinergică avansată



Comandă aici:




helcor[®]


biosunLine[®]

 www.biosunline.ro

zând atât regiunile codificatoare (care conțin instrucțiuni pentru proteine), cât și pe cele necodificatoare. Această analiză permite identificarea variațiilor genetice rare, a mutațiilor complexe și a modificărilor structurale, fiind indicat în cazuri de boli genetice nerezolvate.

Comparativ cu WES, care analizează doar genele care codifică proteine (aproximativ 1-2% din genom), WGS analizează aproape tot genomul, identificând cauza unor afecțiuni când alte investigații nu au oferit informații etiologice sigure și de asemenea poate indica predispozițiile genetice pentru diverse boli. În prezent, WGS este cea mai cuprinzătoare formă de testare genomică disponibilă, oferind o imagine completă a ADN-ului unei persoane pentru aplicarea în practica clinică. Totuși atât WES cât și WGS nu se recomandă de rutină. Pe baza rezultatului testărilor, părinții sunt informați despre caracteristicile, evoluția, complicațiile, tratamentul bolii genetice și despre posibilitatea de afectare a copiilor din generațiile următoare. În același timp, pe rezultatul genetic se bazează alegerea tratamentului adecvat, interdisciplinar, pe termen scurt și lung. Particularitatea față de cel clasic este că vorbim despre un tratament decis pe informație certă, deci este un tratament informat.

Screeningul neonatal se focusează pe afecțiuni genetice cu penetrare mare în populație, cu debut precoce și posibilități de tratament. El identifică boli metabolice și genetice, pornind

de la ideea că 10% din bolile genetice sunt afecțiuni asupra cărora se poate interveni pozitiv. Boli genetice cu debut precoce care pot beneficia de tratament precoce sunt fenilketonuria (lipsa unor enzime importante) și fibroza chistică (boală genetică ereditară gravă, cronică, ce provoacă acumularea de mucus gros și vâcos în plămâni, pancreas și alte organe, provocând infecții recurente, dificultăți respiratorii și malnutriție). Pentru aceste afecțiuni sunt implementate teste screening în toate maternitățile din țară prin program național. Testarea se efectuează imediat după naștere, analiza folosește numai o picătură de sânge recoltat din călcâiul nou-născutului.

Afecțiuni cu debut la vârsta adultă, dar la care se poate interveni din copilărie sunt, de exemplu, boala Wilson (acu-

mulară toxică de cupru în ficat, creier, ochi și alte organe, cauzată de o mutație a genei ATP7B) și hipercolesterolemia familială (niveleuri extrem de ridicate de colesterol LDL ("rău") care cauzează depuneri de grăsimi (xantoame), cu risc crescut de ateroscleroză precoce și atacuri de cord la vârste tinere.

Există și boli genetice moștenite recesiv, cum sunt cele din cazurile de cosanghinitate, cazuri în care consilierea familială și planingul familial sunt esențiale pentru evitarea nașterii altor copii afectați care pot deveni o povară pentru paren-tali și societate. Și mai sunt, desigur, bolile rare, care necesită investigații genetice elaborate pentru stabilirea unui diagnostic de certitudine.

Despre cele mai frecvente boli genetice neonatale citiți în numărul următor.

Testele pe care se bazează screeningul neonatal sunt biochimice și genetice. Cele biochimice identifică metaboliții din sânge (ex. fenilketonuria) și oferă rezultate rapide care sunt esențiale în cazul bolilor metabolice pentru instituirea unui tratament în timp util, sau cu alte cuvinte să nu permită bolii să se manifeste și să evolueze pentru a nu crea complicații ireversibile. Testele genetice analizează ADN – ul pentru detectarea alterărilor care pot genera afecțiuni, permite analiza simultană a mai multor boli, identifică cauza moleculară anterior manifestării bolii, se efectuează nu numai din sânge (ex. salivă), confirmă boala, dar în același timp lărgeste și spectrul de investigare. Testarea poate fi efectuată pentru identificarea părinților purtători încă anterior sau din timpul sarcinii, în timp ce testele neonatale sunt de diagnostic, sau cu alte cuvinte de confirmare a afecțiunii genetice.

OYAMA AGARICUS BLAZEI BIO ACTIVE GR



Domnul Dr. Taija Shigeru
medic specialist cardiolog

Am fost contactați de două persoane care au folosit Oyama Agaricus Bio Active GR.

Pacient din județul Brăila, 68 ani, operat de cancer la colon, nu suporta chimioterapia și a luat **Oyama Agaricus Bio Active GR**, la început câte 2, apoi câte 3 pliculețe/zi. Starea dumnealui s-a îmbunătățit considerabil. Nu numai că reușește să

facă plimbări, dar se și implică în activități din gospodărie. Analizele uzuale au ieșit în limitele normale, urmează să fie verificați și markerii tumorali pentru a ne informa despre rezultatul obținut.

Doamna S.A. din județul Neamț, 68 ani, cancer la sân operat de câțiva ani; în ultima vreme nu s-a simțit prea bine, are suspiciunea unei recidive, motiv pentru care a decis să consume câte 3 pliculețe/zi de **Oyama Agaricus Bio Active GR**. După aproximativ 12 zile de administrare ne-a spus că unele dureri s-au ameliorat, că simte că are mai multă energie, iar după următoarele investigații ne va ține la curent. Pentru observarea unor rezultate concludente pe investigațiile imagistice se recomandă administrarea continuă timp de minim 2-3 luni.

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



**Distribuitor,
Importator:**
Euro Japan Trading

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

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



De ce Bio Active 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 îngrășăminte 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!

Cum decurge operația de cataractă cu implant de cristalin artificial la Ama Optimes

Cataracta nu apare brusc. De cele mai multe ori, pacienții simt că „nu mai văd la fel”, că lumina îi deranjează mai mult sau că au nevoie de mai multă lumină pentru a citi. În spatele acestor schimbări stă opacifierea cristalinului, lentila naturală a ochiului. Atunci când cristalinul își pierde transparența, aspect caracteristic pentru cataractă, vederea devine încețoșată, culorile par mai șterse, iar contrastul scade.

Dr. Radu Malciolu

Medic primar oftalmolog
Clinica de oftalmologie
Ama Optimes din București
www.amaoptimes.ro
www.cataracta.ro



In prezent, tratamentul cataractei este exclusiv chirurgical. Operația de cataractă este una dintre cele mai frecvente intervenții din oftalmologie și presupune îndepărtarea cristalinului opacifiat și înlocuirea lui cu un cristalin artificial, ales în funcție de particularitățile fiecărui pacient. Intervenția se face, în mod obișnuit, cu anestezie locală, iar pacientul rămâne conștient, fără să simtă durere, în majoritatea situațiilor.

În cadrul [Ama Optimes](http://www.amaoptimes.ro), operația de cataractă este precedată de investigații oftalmologice complexe, care confirmă diagnosticul și ne ajută să stabilim momentul potrivit pentru intervenție. Nu operăm o cataractă aflată la început doar pentru că a fost descoperită. În același timp, amânarea excesivă nu este o soluție, pentru că, odată cu evoluția cataractei, intervenția poate deveni mai dificilă, iar riscul

unor complicații intra sau postoperatorii poate crește. De aceea, recomandarea este ca operația să fie făcută atunci când scăderea vederii începe să afecteze activitățile zilnice, cum sunt cititul, condusul sau orientarea în spații slab luminate.

Ce se întâmplă în timpul operației de cataractă?

Printr-o incizie foarte mică, de aproximativ 2 mm, ce nu are nevoie de sutură, cristalinul opacifiat este îndepărtat, iar în locul lui este implantat un cristalin artificial transparent. Acest implant rămâne permanent în ochi și are rolul de a restabili transparența mediului prin care trece lumina. Procedura este standard în chirurgia modernă a cataractei, iar recuperarea vizuală este ușoară și urmărită prin controale programate.

Tipuri de cristaline artificiale și alegerea potrivită

Există mai multe tipuri de cristaline artificiale. Cristalinele artificiale monofocale corectează vederea la distanță, iar pentru aproape pot fi necesari ochelari. Se pot lua în

calcul cristaline multifocale sau EDOF (cu focus extins), care pot oferi independență față de ochelari la majoritatea activităților, însă indicația lor se stabilește individual, în funcție de particularitățile ochiului, de stilul de viață și de așteptările pacientului.

Ce beneficii aduce operația de cataractă?

Principalul beneficiu al operației de cataractă este restaurarea vederii prin îndepărtarea cristalinului opacifiat care împiedică lumina să ajungă pe retină. După operație, pacienții observă o vedere mai clară, un contrast mai bun și culori mai vii, în cele mai multe cazuri. Implantul de cristalin artificial poate corecta și dioptriile preexistente, ceea ce poate reduce dependența de ochelari, în funcție de tipul de implant ales.

Este important de menționat că rezultatul depinde de starea generală a ochiului. De aceea, investigațiile preoperatorii au un rol esențial. Ele ne ajută să anticipăm evoluția și să oferim recomandări realiste. De asemenea, este importantă și discuția preoperatorie, pentru ca pacientul să aibă așteptări corecte. Uneori, cataracta este singura problemă. Alteori, există și modificări la nivelul retinei sau alte boli oculare care pot influența rezultatul final, cum sunt glaucomul, degenerența maculară, retinopatia diabetică etc., lucru ce trebuie înțeles de pacienți.

„Medicina personalizată la pacientul cu astm”

Despre cum putem îmbunătăți comunicarea medic-pacient în tratamentul astmului, stăm de vorbă cu doamna Prof. Univ. Dr. Ruxandra Ulmeanu, Medic primar Pneumologie, Doctor în Medicină

Ce înseamnă și cum trebuie să fie tratamentul pentru astm?

Sunt câteva repere esențiale pentru pacienți, mai ales pentru că tratamentul de elecție în astmul bronșic este tratamentul inhalator și nu întotdeauna pacienții sunt încrezători în acest tratament. Aplicat corect și constant, astmul intră în perioadele de remisie, astfel încât pacientul crede că s-a vindecat și ca urmare, întrerupe tratamentul.

Aderența pacientului la tratamentul astmului și a bolilor respiratorii cronice (BPOC) este cea mai scăzută în comparație cu alte afecțiuni, cum ar fi hipertensiunea, diabetul, depresia.

Care sunt factorii principali care determină aderența scăzută la tratamentul inhalator?

Există o serie de factori emoționali și raționali ai pacientului referitoare la starea de sănătate proprie și la argumentele care să-l motiveze pentru a-și administra tratamentul.

Un proiect al Societății Române de Pneumologie a evaluat tocmai această aderență la tratamentele inhalatoare ale pacienților și vedem care sunt principalele motive de non-aderență.

- 49% dintre pacienți uită să-și administreze medicația zilnică



- factorii informaționali:
 - vârsta înaintată,
 - teama pentru efecte secundare (corticofobia),
 - durata terapiei, limbajul medical complex
- rațiunile financiare

Care este rolul medicului în relația cu pacientul pentru a-l motiva să urmeze tratamentul astmului?

Provocările medicilor pneumologi sunt de a identifica aceste motive de non aderență la fiecare pacient și a interveni specific asupra fiecăruia.

Primul pas în asigurarea unui management adecvat al bolii este educația pacienților pentru îmbunătățirea tehnicii inhalatorii.

Apoi, discuțiile medicilor cu pacienții pentru o înțelegere mai bună a perspectivei pacientului despre boală și tratament.

Nu în ultimul rând, selecția dispozitivului inhalator în funcție de vârstă, abilitățile pacientului, cost.

Cel mai important este să convingem pacientul să vină de fiecare dată cu inhalatorul și împreună să vedem dacă își administrează corect tratamentul.

Deasemeni, trebuie să luăm în considerare modificarea terapiei inițiale cu verificarea tehnicii inhalatoare și a aderenței la tratament.

Rolul medicului în creșterea aderenței la tratament este de a:

- Verifica dacă pacientul a înțeles tratamentul
- Furniza argumente raționale care să îl motiveze și să ofere suportul pentru a continua tratamentul
- Rezolva îngrijorările pacientului
- Agree împreună cu pacientul un plan, cum, unde și când să-și administreze tratamentul

Reperul esențial pentru astmul bronșic în acest moment este ca acest tratament de elecție pentru pacienții cu astm, cel inhalator, să fie accesibil pentru toți.

Avem, din fericire în România, acces pentru pacienții noștri cu astm la cele mai moderne feluri de medicație pentru această patologie.

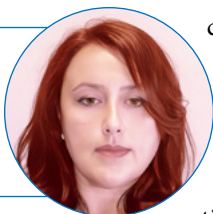
Hipocrate spunea: „Este mult mai important să cunoști ce fel de persoană are o boală decât ce fel de boală are un pacient.”

În opinia mea, asta înseamnă să faci medicină personalizată!

Controlul tuberculozei în România

România continuă să înregistreze una dintre cele mai ridicate incidențe ale tuberculozei din Uniunea Europeană, cu aproximativ 48 de cazuri la 100.000 de locuitori în 2023, de peste cinci ori mai mult decât media europeană. După scăderea artificială din perioada pandemiei, numărul cazurilor a început din nou să crească. În ciuda progreselor din ultimele decenii, factori precum sărăcia, accesul inegal la servicii medicale, diagnosticul tardiv și stigmatizarea mențin tuberculoza o problemă majoră de sănătate publică în România.

Asist. Univ.
Dr. Adriana Socaci
Medic primar pneumolog,
Doctor în medicină



Situația specifică a României în Europa

România se confruntă cu una dintre cele mai ridicate incidențe ale tuberculozei din Uniunea Europeană. Conform datelor oficiale, în anul 2023, România a înregistrat o rată de incidență de aproximativ 48 de cazuri la 100.000 de locuitori, mult peste media europeană (8.6 cazuri la 100.000 de locuitori). De asemenea, România este responsabilă pentru aproape un sfert din cazurile de TB raportate anual în Uniunea Europeană, în ciuda reducerii progresive a numărului de cazuri din ultimele decenii.

În anul 2023, România a înregistrat 9.143 de cazuri noi și recidive de tuberculoză, dintre care 429 au fost la copii. Aceasta marchează al treilea an consecutiv de creștere a numărului de

cazuri, comparativ cu 8.824 de cazuri în 2022 și 7.618 în 2021 (după o scădere artificială în perioada pandemiei Covid-19).

România se confruntă cu o povară semnificativă de TB multidrog-rezistentă. În 2021, din cele 758 de cazuri de TB rezistentă la medicamente raportate în UE/SEE, 264 au fost din România. De asemenea, România a raportat 24 din cele 115 cazuri de pre-XDR (o formă de TB rezistentă la rifampicină și la orice fluorochinolonă) în regiune. Tratamentul pentru MDR-TB (Tratamentul pentru tuberculoza multidrog-rezistentă la izoniazidă și rifampicină) este complex și are o rată de succes scăzută; în 2023, rata de succes a tratamentului pentru MDR-TB în regiunea europeană a fost de doar 59,7%.

De-a lungul ultimelor două decenii, România a înregistrat un trend descendent al incidenței tuberculozei, ca urmare a implementării mai multor programe naționale de control, în parteneriat cu OMS și Fondul

Global. În anul 2002, incidența era de aproximativ 142 de cazuri/100.000 locuitori, iar până în 2022, acest indicator s-a redus cu peste 60%.

Cauze și factori determinanți ai persistenței tuberculozei în România

Tuberculoza nu este doar o boală infecțioasă, ci și una socială, reflectând inegalitățile sistemice din societate. Persistența TB în România este rezultatul unui cumul de factori:

- Factori sociali și economici: sărăcia și excluziunea socială sunt factori-cheie; persoanele fără adăpost, comunitățile de romi și populațiile instituționalizate au o incidență semnificativ mai mare a TB; supraaglomerarea locuințelor și condițiile de trai precare favorizează transmiterea bolii, în special în zonele urbane marginalizate; migrația contribuie la întreruperea tratamentului, lipsa accesului la servicii medicale și dificultăți de supraveghere.
- Probleme în sistemul de sănătate: subfinanțarea programelor de control TB a afectat

capacitatea de diagnosticare timpurie, monitorizare și tratament complet; număr insuficient de pneumologi și personal specializat, în special în zonele rurale; capacitate redusă de laborator și infrastructură diagnostică limitată la anumite regiuni.

- Stigmatizare și lipsa de educație: tuberculoza este asociată frecvent cu stigmat social, ceea ce determină mulți pacienți să evite testarea sau tratamentul; lipsa educației sanitare duce la întârzierea prezentării la medic și creșterea riscului de transmitere comunitară.

Provocări Majore în Controlul TB în România

România se confruntă cu o serie de obstacole în controlul eficient al tuberculozei:

- Diagnostic tardiv și subraportare: în ciuda introducerii tehnologiilor rapide precum GeneXpert (sistem de diagnostic molecular rapid, automatizat, utilizat în principal pentru detectarea tuberculozei (MTB) și a rezistenței la rifampicină în aproximativ 2 ore), multe cazuri sunt diagnosticate târziu, când boala este deja avansată; subraportarea cazurilor, în special în mediul rural și în rândul populațiilor vulnerabile, afectează estimările reale ale incidenței.
- Abandonul tratamentului: regimul terapeutic lung (6–24 luni, în funcție de forma TB) și efectele adverse duc la abandonul tratamentului, favorizând rezistența la medicamente; programele de tratament direct observat (DOT) nu sunt aplicate uni-

form la nivel național.

- Lipsa continuității în finanțare: Programul Național de Prevenire și Control al Tuberculozei (PNPSCT) depinde parțial de finanțări externe, ceea ce face sustenabilitatea intervențiilor incertă; trecerea de la sprijinul Global Fund/alte fonduri externe la finanțare exclusivă din bugetul de stat a generat perioade de instabilitate.
- Managementul TB multi-drog-rezistente (MDR-TB): costurile tratamentului pentru MDR-TB sunt ridicate, iar tratamentele sunt greu accesibile în multe județe; lipsa aderenței și durata tratamentului (peste 18 luni) scad considerabil rata de succes.

Inițiativele naționale și internaționale în desfășurare:

- Programul Național de Prevenire și Control al Tuberculozei (PNPSCT) este cadrul principal prin care România abordează tuberculoza, oferind diagnostic gratuit și tratament complet pentru toate formele de TB; monitorizarea cazurilor printr-un registru centralizat și dezvoltarea ghidurilor naționale în colaborare cu societatea științifică.
- Proiecte cofinanțate prin fonduri europene și internaționale: România a beneficiat de sprijin din partea Fondului Global de Luptă împotriva HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei (2004–2020). Proiectul „Organizarea de programe de screening pentru tuberculoză” (POS CCE, 2018–2023) a testat peste 75.000 de persoane. Proiectul „Abordare integrată

pentru controlul tuberculozei în România” a focusat pe diagnostic molecular rapid și servicii de suport.

- Colaborarea cu OMS și ECDC: România implementează Strategia End TB 2016–2035 și beneficiază de sprijin tehnic și evaluări periodice ale situației TB la nivel național.

Recomandări și Perspective de Viitor. Măsurile imediate:

- Introducerea tratamentului ambulatoriu sprijinit în toate județele.
- Consolidarea serviciilor mobile de screening pentru zonele rurale și comunitățile marginalizate.
- Creșterea capacității de tratament pentru TB MDR, inclusiv acces la terapii noi.

Măsurile structurale:

- Dezvoltarea unui sistem de supraveghere electronică interoperabil pentru cazurile de TB.
- Introducerea stimulentei sociale (bonuri alimentare, transport) pentru pacienții în tratament.
- Integrarea serviciilor TB cu alte programe de sănătate publică (HIV, hepatite, sănătate mintală).

Măsurile pe termen lung:

- Crearea unei strategii naționale intersectoriale care să includă educație, locuire, protecție socială.
- Creșterea investițiilor în cercetare și inovare privind diagnosticul rapid, vaccinuri noi și tratamente mai scurte.
- Combaterea stigmei prin campanii publice de informare și incluziune.

TE TREZEȘTI OBOSIT?

Sforăitul poate fi un semnal de alarmă, nu doar zgomot.

Poligrafia respiratorie (sau poligrafia ventilatorie nocturnă) este o investigație medicală neinvazivă, nedureroasă, efectuată de obicei la domiciliu, pentru a diagnostica **sindromul de apnee în somn** (SASO). Un aparat portabil înregistrează fluxul nazal, saturația de oxigen, mișcările toraco-abdominale, poziția corpului și sforăitul pe parcursul nopții.

ASPECTE CHEIE ALE POLIGRAFIEI RESPIRATORII:

- **Scop:** Diagnosticul apneei obstructive în somn, hipoventilației nocturne sau narcolepsiei.
- **Procedură:** Pacientul primește un dispozitiv portabil (de mărimea unui telefon mobil) pe care îl montează singur acasă
- **Parametri monitorizați:**
 - **Fluxul aerian nazal/sforăitul:** Prin canulă nazală.
 - **Saturația de oxigen (SpO2) și pulsul:** Prin pulsoximetru.
 - **Mișcări respiratorii:** Prin centuri toracice și abdominale.
 - **Poziția corpului:** Senzor integrat.
- **Condiții:** Sunt necesare cel puțin 5-7 ore de înregistrare pentru un rezultat valid.
- **Interpretare:** datele sunt analizate de către un medic specialist cu Atestat/competență în Somnologie.

Această investigație este esențială pentru a determina severitatea apneei și pentru a stabili un plan de tratament, de exemplu, prin terapie CPAP.

Indicații:

- Sforăit puternic și persistent.
- Apnee (pauze respiratorii) observate de partener.
- Somnolență diurnă excesivă, oboseală cronică.
- Hipertensiune arterială greu de controlat.

Diferența majoră față de **polisomnografie** (PSG) este că **poligrafia** (PG) nu înregistrează undele cerebrale (EEG) pentru a stabili etapele somnului, fiind o metodă de screening mai simplă și accesibilă.

Sforăitul poate ascunde riscuri grave. **Nu amâna controlul! Programează-te acum la un medic somnolog!**

Mai multe informații despre apnee în somn: <https://vitalaire.ro/>

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. Prin campania „SĂNĂTATEA SOMNULUI” VitalAire România și medicii specialiști promovează educarea și conștientizarea sănătății somnului și se bazează pe faptul că fiecare dintre noi este unic și are necesități și dorințe specifice.*

Sursa foto: Gemini

Durerea în Reumatologie

Durerea reprezintă unul dintre cele mai frecvente motive pentru care pacienții solicită consult medical, iar afecțiunile musculo-scheletale sunt principala sursă de durere cronică la nivel global. În practica reumatologică, înțelegerea tipului de durere este esențială pentru stabilirea unei strategii terapeutice eficiente. Un prim pas constă în diferențierea între durerea acută – de regulă legată de o leziune sau inflamație și cu rol protector – și durerea cronică, care persistă peste perioada normală de vindecare și poate deveni un proces patologic independent, cu impact major asupra funcționalității și calității vieții. Din punct de vedere fiziopatologic, durerea poate fi nociceptivă, neuropată sau nociplastică, fiecare mecanism având caracteristici clinice și abordări terapeutice distincte. În bolile reumatice, aceste tipuri de durere se suprapun frecvent, ceea ce complică evaluarea și tratamentul. Managementul modern al durerii presupune o abordare multidisciplinară, în care reumatologii colaborează cu specialiști în medicina durerii, neurologi, radiologi, psihologi și kinetoterapeuți pentru a oferi pacienților o îngrijire integrată și personalizată.

Dr. Iulia Szabo

Medic specialist
Reumatologie, Spitalul
Clinic Județean de
Urgență Cluj-Napoca



Durerea este adesea principalul motiv pentru care pacienții solicită îngrijire medicală. Afecțiunile musculo-scheletale constituie cea mai frecventă sursă de durere cronică la nivel global.

Durerea acută și cronică

Un prim pas în tratamentul durerii este identificarea caracterului acut sau cronic. Durerea acută este, de obicei, de scurtă durată și direct legată de o leziune tisulară sau de o boală acută. Ea îndeplinește un rol protector și, în general,

se remite odată cu înlăturarea factorului declanșator. Atacul de gută sau artrita reumatoidă (AR) sunt exemple care sunt gestionate prin tratamentul inflamației. În schimb, durerea cronică are o evoluție persistentă sau recurentă, depășind intervalul de vindecare normal (3 luni). Durerea cronică nu reprezintă doar o prelungire a durerii acute, ci poate deveni un proces patologic distinct, caracterizat prin remodelări neurobiologice periferice și centrale, ce generează suferință marcată, limitare funcțională și deteriorarea calității vieții.

Durerea nociceptivă, neuropată și nociplastică

Durerea poate fi clasificată, în funcție de mecanismul fizi-

patologic, în trei mari categorii: nociceptivă, neuropată și nociplastică.

Durerea nociceptivă apare prin lezarea țesuturilor, activând nociceptorii periferici. Include durerea indusă de inflamație sau rezultată în urma traumatismelor. Cea mai mare parte a durerii asociate degenerării articulare este nociceptivă. Astfel, distrucția articulară în AR sau degenerarea cartilajului în artroză generează durere nociceptivă (inflamatorie, respectiv mecanică). Este descrisă frecvent ca durere surdă, pulsatilă, localizată. Adesea, tratamentul cauzei (reducerea inflamației) ameliorează simptomatologia.

Durerea neuropată este definită ca durere care apare ca urmare directă a unei leziuni sau boli ce afectează structurile somatosenzitive periferice

sau centrale și se deosebește de durerea nociceptivă prin faptul că, rezultă din disfuncția/lezarea căilor nervoase, nu din activarea fiziologică a unui sistem nervos intact. Clinic, durerea neuropată se manifestă prin senzații de arsură, înțepături, junghiuri, „șocuri electrice” sau parestezii, adesea asociate de alodinie (când atingerea ușoară, îmbrăcăminte sau o adiere de vânt, provoacă dureri intense) și hiperalgezie (sensibilitate exagerată la durere). Se asociază frecvent cu deficite senzitive precum hipoestezia (reducerea parțială sau totală a sensibilității în diferite forme - tactile, termice sau durere), iar simptomele au, de regulă, o topografie neuroanatomică coerentă, compatibilă cu teritoriul nervos afectat. În reumatologie, se întâlnește în sindroame de compresie (ex. sindrom de tunel carpian - dureri sau disconfort la nivelul oaselor și articulațiilor), radiculopatii (afecțiune cauzată de compresia sau iritarea rădăcinilor nervoase spinale, manifestată prin durere, amorțeală, furnicături și slăbiciune musculară pe traiectul nervului afectat) sau neuropatii de fibre mici (în lupus, boală Sjögren). Managementul implică frecvent anticonvulsivante sau antidepresive.

Durerea nociplastică descrie durerea ca fiind consecința unei procesări nociceptive alterate, fără dovezi de lezare tisulară sau nervoasă. Practic, mecanismele de modulare a durerii sunt alterate, iar sistemul nervos devine hipersensi-

bilizat, amplificând percepția durerii. Este caracterizată prin sensibilizare centrală (amplificarea semnalului dureros de către măduva spinării și creier) și se asociază frecvent cu simptome difuze: oboseală, tulburări de somn, dificultăți cognitive („brain fog”). Exemplul clasic este fibromialgia, caracterizată prin durere musculo-scheletală difuză, fără inflamație activă. Alte exemple sunt durerile lombare cronice fără substrat structural. Pacienții prezintă adesea hipersensibilitate generalizată, prag redus la durere și simptomatologie disproporționată față de leziunile obiectivate clinic sau imagistic. Recunoașterea acestui tip de durere este crucială, întrucât tratamentul se orientează către modularea centrală a durerii (exercițiu fizic, igiena somnului, medicație neuromodulatoare).

În bolile reumatice, aceste mecanisme adesea coexistă. De exemplu, în artroză, durerea este nociceptivă prin degenerare articulară, însă evoluția spre cronicitate favorizează sensibilizarea centrală, adăugând o componentă nociplastică tabloului algic. În AR de lungă durată, un pacient poate avea concomitent durere nociceptivă (inflamație), neuropată (compresie nervoasă) și nociplastică (sensibilizare centrală). Astfel, în practică, reumatologul trebuie să stabilească cât din durerea articulară se datorează sinovitei active (nociceptivă inflamatorie), cât modificărilor artrozice secundare (nociceptivă mecanică) și

dacă există o componentă nociplastică.

Multidisciplinaritatea în tratamentul durerii din bolile reumatice

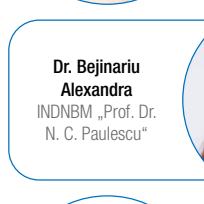
În practica clinică, reumatologii gestionează frecvent pacienți care se prezintă cu durere ca simptom principal, iar formarea lor profesională include competențe în managementul durerii, ceea ce îi plasează adesea în poziția de a coordona astfel de cazuri. În paralel, anesteziștii sunt recunoscuți ca specialiști în medicina durerii, beneficiind de expertiză extinsă și de un rol din ce în ce mai important în acest domeniu. În prezent, abordarea modernă a durerii cronice integrează ambele specialități, reflectând necesitatea unei perspective multidisciplinare. Specialistul în durere care conduce diagnosticul și tratamentul este sprijinit de psihologi clinicieni, implicați în analiza statusului emoțional, precum și de kineoterapeuți, care sprijină recuperarea funcțională, reducerea kinesiofobiei (frica de mișcare) și implementarea programelor de exerciții terapeutice. Radiologii și neurologii completează această echipă: radiologii optimizează investigațiile imagistice, identifică substraturile generatoare de durere și pot oferi ghidaj fluoroscopic pentru proceduri intervenționale, iar neurologii confirmă diagnosticul de durere neuropată și contribuie la rafinarea diagnosticului diferențial în sindroamele complexe sau suprapuse.

Polineuropatia diabetică - complicația „dureroasă” a pacientului cu diabet

Polineuropatia diabetică periferică reprezintă cea mai frecventă complicație a diabetului zaharat, afectând 2/3 din pacienții cu diabet. Din păcate, rămâne în continuare o patologie care este diagnosticată și tratată tardiv, lucru care contribuie la creșterea riscului de apariție a piciorului diabetic și, mai departe, a amputațiilor, complicații care scad calitatea vieții persoanelor cu diabet și cresc mortalitatea. Este important de menționat că pacienții cu diabet zaharat au un risc de amputație de 23x mai mare decât cei fără diabet.



**Dr. Titulescu
Emilia-Maria**
INDNBM „Prof. Dr.
N. C. Paulescu”



**Dr. Bejinariu
Alexandra**
INDNBM „Prof. Dr.
N. C. Paulescu”



**As. Univ. Dr.
Daniela Stegaru**
INDNBM „Prof. Dr.
N. C. Paulescu” UMF
“Carol Davila” București



**Prof. Univ. Dr.
Gabriela Radulian**
INDNBM „Prof. Dr.
N. C. Paulescu” UMF
“Carol Davila” București



betice, atât prin formarea în exces a produșilor finali de glicozilare avansată, cât și prin creșterea LDLc care se poate oxida și poate genera semnale de tip inflamator, pe de altă parte prin formarea deoxisfingolipidelor care pot genera apoptoză.

Screening

În ceea ce privește screeningul, ar trebui început chiar din momentul diagnosticării diabetului zaharat de tip 2 (10-15% dintre pacienții cu diabet zaharat tip 2 nou diagnosticat prezintă neuropatie diabetică), însă, în cazul pacienților cu diabet zaharat tip 1 va începe la 5 ani de la diagnostic, apoi se va continua anual. Se recomandă și screeningul pacienților cu pre-diabet care prezintă simptome de neuropatie periferică (până la 1/3 pot avea neuropatie dureroasă a fibrelor subțiri).

Diagnostic

Diagnosticul clinic se realizează prin testarea sensibilității vibratorii (cu implicarea fibrelor groase) și/sau testarea

sensibilității dureroase (cu implicarea fibrelor subțiri), fiind încadrate ca și criterii minime pentru diagnostic în practica clinică. Un singur test modificat bilateral sugerează diagnosticul de polineuropatie.

Prezența durerii neuropate poate pune, de asemenea, diagnosticul polineuropatiei, dar trebuie să aibă anumite caracteristici: să fie localizată distal, să fie simetrică, să nu aibă alte cauze în afara neuropatiei. Este important de menționat că până la 50% din neuropatiile periferice pot fi asimptomatice și, dacă nu sunt diagnosticate și nu se aplică măsuri preventive, riscul de apariție a leziunilor, inclusiv al ulcerelor și al amputațiilor este ridicat.

Diapazonul detectează pierderea sensibilității vibratorii. Se testează la nivelul părții osoase a zonei dorsale a falangei distale a halucelui. Dacă vibrațiile nu sunt percepute la nivelul halucelui, se repetă la nivelul maleolei/la nivelul tuberozității tibiale. De avut în vedere faptul că sensibilitatea vibratorie se diminuează fiziologic odată cu vârsta, prin urmare se vor ajusta

Etiopatogenie

Dezechilibrul glicemic cronic conduce la formarea în exces a produșilor finali de glicozilare avansată, rezultând afectare microvasculară și încărcare cu glucoză a celulei nervoase. Dislipidemia este un alt mecanism important care concurează la patogeneza neuropatiei dia-

valorile normale în funcție de aceasta. Sensibilitatea vibratorie este păstrată dacă se obține minim: 5/8 pentru persoanele cu vârstă 39 ani, 4.5/8 pentru cele cu vârstă între 40-59 ani, 4/8 între 60-74 și 3.5/8 pentru 75 ani.

Testul pinprick efectuat cu ajutorul neuropenului detectează pierderea sensibilității dureroase. Sensibilitatea dureroasă este afectată dacă pacientul nu simte durere la 2/3 înțepături/picior.

Monofilamentul de 10 g detectează pierderea sensibilității protective/tactile, care reprezintă un factor predictiv pentru apariția ulcerărilor. Se testează în 8 zone diferite (câte 4 zone/picior), câte 2 secunde fiecare și se întreabă pacientul dacă simte presiunea, iar apoi în ce loc. Se repetă acțiunea de 2 ori în același loc, alternativ cu cel puțin o aplicare falsă. Sensibilitatea protectivă este afectată dacă pacientul nu simte 5/8 aplicări. Monofilamentul nu se va aplica direct pe ulcere, calusuri, cicatrici sau necroze.

Testul cu tiptherm detectează pierderea sensibilității termice. Sensibilitatea termică este afectată dacă pacientul nu discriminează senzația de "cald" sau "rece" la 2/3 aplicări/picior.

Pentru o evaluare cât mai completă a pacientului se pot folosi mai multe scoruri, dintre care putem menționa: scorul Michigan (care cuprinde un chestionar cu 15 întrebări adresat pacientului și examinarea clinică a membrului inferior, iar un scor ≥ 2 puncte obținut la această examinare este considerat anormal), scorul Toronto (care cuprinde evaluarea simpto-

melor, testarea sensibilităților și a reflexelor, iar scorul se interpretează în felul următor: 0-5 puncte- neuropatie diabetică absentă, 6-8 puncte- neuropatie diabetică ușoară, 9-11 puncte- neuropatie diabetică moderată, ≥ 12 puncte- neuropatie diabetică severă), scorul Toronto modificat (care cuprinde doar evaluarea simptomelor și testarea sensibilităților).

Diagnostic diferențial

Pacienții vor fi trimiși la neurologie doar dacă diagnosticul este neclar, dacă se suspicionează o altă etiologie a neuropatiei sau dacă neuropatia este atipică: asimetrică, evoluție rapidă, afectare motorie mai pronunțată decât cea senzitivă. Diagnosticul diferențial se face cu toate celelalte neuropatii, cum ar fi cele cauzate de: alcool, medicamente neurotoxice (citostatice), deficitul de vitamina B12, hipotirodism, boală cronică de rinichi, neoplazii, infecții, vasculite, etc.

Tratament

Tratamentul polineuropatiei diabetice poate fi: bazat pe schimbarea stilului de viață, orientat pe mecanismele patologice sau tratamentul durerii neuropate.

Tratamentul orientat pe mecanismele etiopatogenice trebuie început încă din stadiul asimptomatic al polineuropatiei și se face cu acid alfa-lipoic, un antioxidant puternic ale cărui efecte de încetinire al progresiei neuropatiei și de ameliorare a simptomatologiei (dacă aceasta există) este dovedit în numeroase studii clinice randomizate (ALADIN

1, ALADIN 2, ORPIL, SIDNEY 2, NATHAN 1). Biodisponibilitatea acestui medicament este mai mare dacă se administrează în doză unică de 600 mg, cu 30 minute înainte de masă.

În cazul apariției simptomatologiei specifice (însă fără durere) se adaugă, în plus față de acidul alfa-lipoic, benfotiamina, o formă de tiamină (vitamina B1) liposolubilă, care este mai bine absorbită decât tiamina și are efect de inhibare a activării unor căi care duc la formarea produșilor finali de glicozilare avansată.

În ceea ce privește întreruperea tratamentului etiopatogenic (acid alfa-lipoic, benfotiamina), ar trebui realizată doar în cazurile de apariție a unor efecte secundare semnificative (care sunt destul de rare), în cazul în care nu sunt eficiente sau dacă apar interacțiuni medicamentoase grave.

Tratamentul durerii neuropate vizează administrarea de: gabapentinoizi- gabapentină, pregabalină și antidepresive în doze mai mici decât cele utilizate pentru tratamentul depresiei- duloxetină, amitriptilină (ca primă linie de tratament), tramadol (linia a doua de tratament) sau, dacă tramadoul nu este disponibil sau eficient, se pot folosi opioide puternice- oxicodonă (a treia linie de tratament, din cauza riscului crescut de abuz/dependență). Se pot aplica și tratamente locale, cu capsaicină patch (încadrat tot în a treia linie de tratament) și ar fi important de menționat că pentru crema cu capsaicină nu există dovezi suficiente.

Retinopatia diabetică

Retinopatia diabetică este cea mai frecventă boală vasculară a retinei, afectând cu precădere pacienții cu vârsta între 20-65 ani, fiind cea mai importantă cauză de pierdere a vederii la populația de vârstă activă din țările dezvoltate. Practic, această boală îl poate afecta pe fiecare diabetic, indiferent de tipul diabetului și de tratamentul efectuat. La apariția retinopatiei diabetice contribuie nivelul zahărului în sânge, nivelul de colesterol, precum și alte afecțiuni asociate, precum hipertensiunea arterială, obezitatea, boli ale rinichilor, sarcina și nașterea.

Dr. Raluca Vărnă
Medic primar
oftalmolog
Clinica Oftapro



Cum apare retinopatia diabetică?

În cazul diabetului sunt afectate toate vasele sangvine, însă în primul rând, capilarele mici. Astfel încep modificările la nivelul retinei: unele vase se obliterează, altele, pentru a compensa munca acestora, se dilată, apărând microanevrisme;

se modifică permeabilitatea peretelui vascular și în retină se infiltrază plasma, apărând edemul retinian. Dacă edemul persistă mult timp, fibrele nervoase retiniene mor.

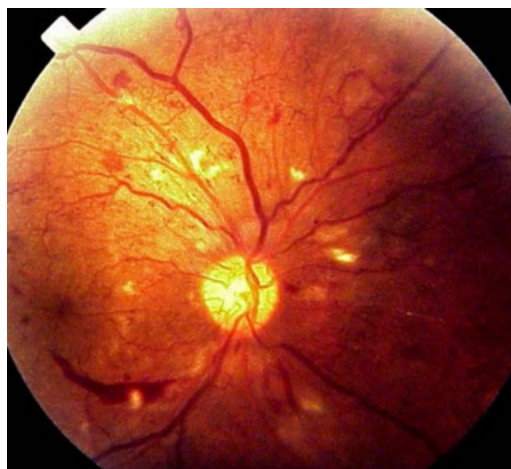
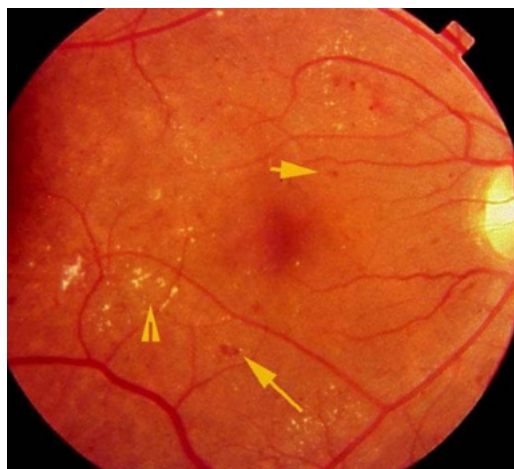
În unele cazuri, pereții subțiri ai capilarelor se rup și pe retină apar mici hemoragii.

Retinopatia diabetică poate să nu se manifeste o perioadă lungă de timp: când aceste procese nu afectează retina centrală, vederea nu are de suferit.

După capilare sunt afectate vasele mari, în special, venele. Această fază până la apariția vaselor de neoformație se numește neproliferativă. În timp vascularizația retinei se înrăutățește, iar în zonele ischemice încep să crească vase noi de sânge și țesut cicatricial. Această fază se numește retinopatie diabetică proliferativă.

Cum îmi dau seama dacă am retinopatie diabetică?

În stadii inițiale, nu există sau sunt foarte puține simpto-



me vizuale. Pe măsură ce boala evoluează apare încrețșarea vederii la aproape sau la distanță, flocoane, uneori pierderea bruscă a vederii. Medicul oftalmolog nu poate repara daunele determinate de retinopatia diabetică, dar dacă este depistată la timp, metodele moderne de tratament pot ajuta la încetinirea progresului bolii. De aici importanța urmăririi periodice a pacientului cu diabet zaharat.

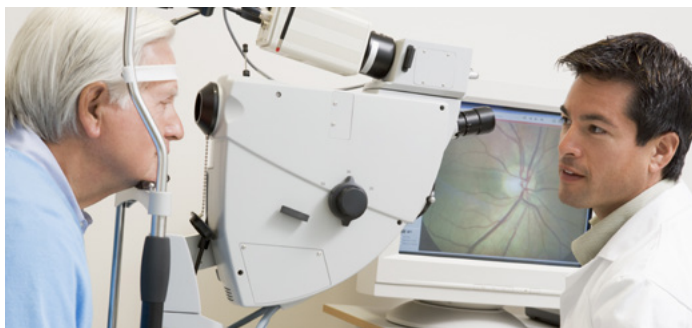
Ce investigații sunt necesare la pacientul cu diabet zaharat?

- Testarea acuității vizuale
- Biomicroscopia polului anterior cu testarea reflexului pupilar fotomotor (în caz de afectare a nervului optic)
- Gonioscopia pentru detectarea neovaselor din unghiul camerular
- Examinarea fundului de ochi
- Măsurarea tensiunii intraoculare
- Examinarea câmpului vizual
- Ecografie oculară
- Tomografie în coerență optică

În funcție de aceste investigații, medicul oftalmolog stabilește planul de tratament.

Mijloace de tratament disponibile în retinopatia diabetică:

În faze inițiale, se folosesc tratamente medicamentoase care ajută la întărirea peretelui vascular, la resorbția hemoragiilor care îmbunătățesc vascularizația retinei. Totuși, nenu-



Sunt persoanele cu retinopatie diabetică mai predispuse la COVID-19?

Introducerea și utilizarea pe scară largă a agenților anti-VEGF a revoluționat tratamentul retinopatiei diabetice. Studiile realizate au arătat că administrarea intraoculară prezintă rezultate mai bune, atât pentru stoparea evoluției bolii cât și pentru îmbunătățirea vederii.

măratele medicamente nu pot opri evoluția bolii și sunt folosite doar ca tratament auxiliar.

În faza de apariție a edemului retinian se folosesc injecții intravitreene cu anti-VEGF, preparatul Aflibercept fiind preferat actual. Administrarea medicamentului se face prin injectarea direct în cavitatea vitreană, procedură care se efectuează de obicei în cabinetul medicului oftalmolog, în mediu antiseptic și sub anestezie topică.

În fazele avansate ale bolii cu retinopatie diabetică proliferativă, tratamentul laser asigură doar stabilizarea acuității vizuale, în timp ce medicamentele anti-VEGF pot determina îmbunătățirea vederii, precum și o frecvență mai redusă a reacțiilor adverse. Dacă retinopatia diabetică se asociază cu hemoftalmus sau decolare mecanică a retinei, se practică vitrectomia, o intervenție chirurgicală care constă în scoaterea vitrosului.

Retinopatia diabetică, concluzii

Terapiile actuale au ca scop gestionarea complicațiilor microvasculare. Monitorizarea și controlul hiperglicemiei, tensiunii arteriale și dislipidemiei rămân cele mai importante și eficiente strategii în prevenirea dezvoltării și agravării retinopatiei diabetice.



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

Sindromul cardio-reno-metabolic

- o nouă paradigmă integrată în prevenția și tratamentul bolilor cardiovasculare

Conceptul de sindrom cardio-reno-metabolic (CRM), introdus recent de Asociația Americană a Inimii, reflectă interdependența complexă dintre bolile cardiovasculare, disfuncția renală și factorii de risc metabolici. Această entitate progresivă explică modul în care afecțiunile inimii, rinichilor și metabolismului se pot potența reciproc, generând un cerc vicios al deteriorării organelor. Înțelegerea mecanismelor, a stadializării și a strategiilor de screening și management devine esențială pentru prevenție și intervenție timpurie.

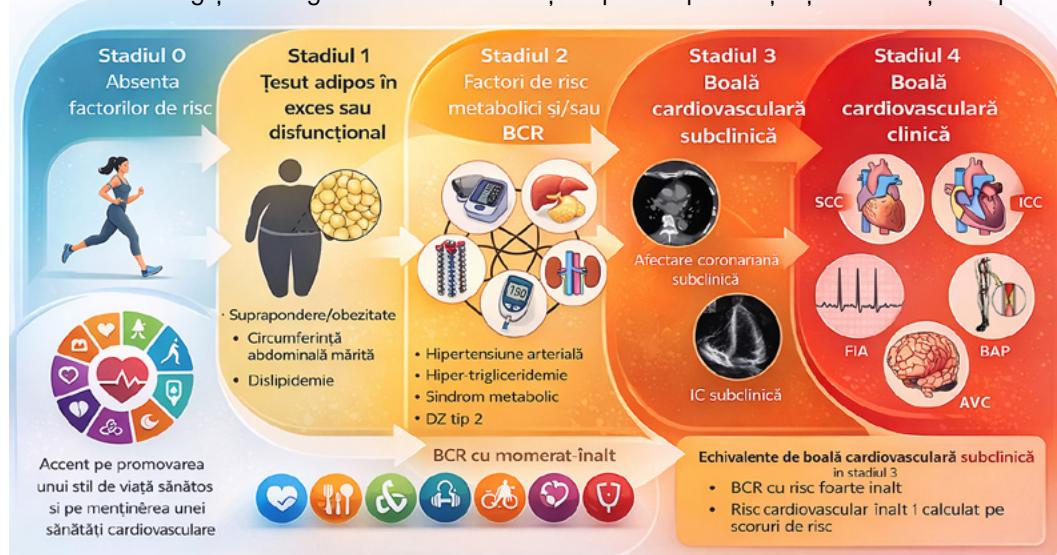


Figura 1. Stadializarea sindromului. IC=insuficiență cardiacă. FIA=fibrilație atrială. SCC=sindrom coronarian cronic. AVC=accident vascular cerebral. BAP=boală arterială periferică. Imagine preluată și tradusă de autori din documentul AHA

Șef Lucrări

Dr. Alice Munteanu
Medic primar cardiolog
și medicina internă



Dr. Enache Cioc
Medic rezident
Cardiologie, SCUMC
„Dr. Carol Davila”
București



Dacă relațiile biderecționale dintre boala renală și cea cardiacă sunt deja consacrate sub denumirea de „sindrom cardiorenal”, iar legătura dintre sindromul metabolic și boala cardiovasculară este de asemenea bine documentată, recent (2023) Asociația Americană a Inimii (AHA) a lansat conceptul

de sindromul cardio-reno-metabolic (CRM). Practic, sindromul metabolic participă decisiv în multiple etape ale sindromului cardiorenal, iar disfuncția renală apare ca mediator central al relației dintre factorii de risc metabolici și bolile cardiovasculare.

Pe scurt, disfuncția cardiacă conduce la hipoperfuzie renală cronică. În paralel, retenția de sodiu și apă din insuficiența

renală, agravează insuficiența cardiacă. De asemenea, efectele sistemice ale disfuncției renale (retenția toxinelor uremice, inflamația sistemică, tulburările metabolismului fosfo-calcic cu calcificări vasculare, ateroscleroză accelerată și anemia asociată BCR) contribuie suplimentar la deteriorarea funcției cardiace. În plus, există tot mai multe dovezi care sugerează că atât disfuncția cardiovasculară, cât și cea renală, pot favoriza instalarea sau agravarea insulinorezistenței, sindromul cardio-renal nemaifiind astfel doar o interacțiune bidirecțională inimă-rinichi, ci un nod central care contribuie și la dezvoltarea diabetului zaharat de tip 2, completând cercul vicious al sindromului CRM.

Stadializarea sindromului CRM

Sindromul CRM este o patologie progresivă, care poate debuta încă din copilărie, sub influența factorilor socio-economici și comportamentali ce favorizează acumularea de țesut adipos în exces. Țesutul adipos disfuncțional progresează adesea rapid către factorii de risc tradiționali (hipertensiune arterială, dislipidemie, diabet zaharat, sindrom metabolic) și către BCR. În timp, aceste comorbidități acționează sinergic și determină apariția aterosclerozei subclinice și deteriorarea treptată a funcției renale, agravând totodată funcția cardiacă. De la stadiul subclinic la prima decompensare clinică este adesea doar un pas. Tocmai

această evoluție graduală a justificat introducerea unui sistem de stadializare, menit să permită identificarea pacienților în diverse stadii și să ghideze orientarea strategiilor preventive și terapeutice. Astfel, s-a propus un model cu cinci stadii, reprezentat în figura 1.

În stadiul 2 pot fi incluși și pacienți normoponderali și euglicemici (cu glicemia normală), deoarece factorii de risc metabolici și BCR pot apărea independent de obezitate. Chiar și în absența adipozității excesive, hipertensiunea, diabetul sau BCR conferă un risc cardiovascular semnificativ, comparabil cu cel al pacienților care au progresat din stadiul 1, motiv pentru care acești pacienți sunt încadrați în același stadiu.

În mod similar, în stadiul 3 sunt incluse și două categorii echivalente de risc: pacienții cu BCR cu risc foarte înalt și cei cu risc cardiovascular ridicat pe baza scorurilor de predicție. Rațiunea este aceeași: aceste subgrupuri au o probabilitate de evenimente cardiovasculare similară cu cea a pacienților cu afectare cardiovasculară subclinică documentată, justificând integrarea lor în același stadiu și adoptarea unor strategii de prevenție și tratament similare.

Screening-ul sindromului CRM

Având în vedere caracterul progresiv al sindromului, strategiile de screening trebuie să includă atât populația pediatrică, cât și pe cea adultă. Parametrii urmăriți sunt, în esență, aceiași pentru ambele categorii – măsurători antropometrice, tensiune arterială, profil biologic metabolic. Diferența constă în modul de monitorizare: în pediatrie, intervalele sunt ajustate în funcție de vârstă și nivelul de risc, în timp ce la adulți abordarea este mai structurată, fiind ghidată de stadiul CRM. Astfel, în practica adultului, măsurătorile antropometrice se recomandă anual indiferent de stadiu, iar evaluarea factorilor metabolici se efectuează la 3–5 ani în stadiul 0, la 2–3 ani în stadiul 1 și anual în stadiul 2. Funcția renală se evaluează anual începând din stadiul 2, iar la pacienții cu risc cardiovascular intermediar sau înalt se recomandă efectuarea scorului de calcii coronarian pentru depistarea aterosclerozei subclinice (practic, screening-ul stadiului 3).

Management

Strategia de management a sindromului CRM urmează un parcurs logic: diagnostic, stadializare și, în final, aplicarea unui tratament ajustat fiecărui stadiu. Îngrijirea pacientului este, inevitabil, multidisciplinară, fiind important ca fiecare medic să consemneze în fișa clinică a pacientului diagnosticul și stadiul, planul terapeutic propus și



recomandarea de adresare către celelalte specialități.

Legat de măsurile propriu-zise, există o recomandare universală, aplicabilă tuturor pacienților: promovarea sănătății cardiovasculare prin cele opt principii fundamentale: alimentație echilibrată, activitate fizică, somn adecvat, controlul greutateii, tensiunii, glicemiei și colesterolului, renunțarea la fumat.

Stadiul 0

În stadiul 0, aceste măsuri reprezintă esența intervenției, în această etapă fiind importantă conștientizarea existenței sindromului și a riscului de progresie.

Stadiul 1

În stadiul 1, obiectivul principal este scăderea ponderală și prevenirea instalării factorilor de risc metabolici. Se recomandă modificarea stilului

de viață prin dietă echilibrată și exerciții regulate, eventual cu suport nutrițional. Ținta este o reducere ponderală de minimum 5–10%. Dacă măsurile generale nu sunt suficiente, se pot utiliza terapii farmacologice sau, în cazuri selecționate, chirurgie bariatrică.

Stadiul 2

Odată ajuns în stadiul 2, accentul cade pe controlul factorilor de risc metabolici și protecția cardio-renală. Nivelurile colesterolului seric trebuie menținute la valori adaptate clasei de risc conform ghidurilor în vigoare. De asemenea, se tratează hipertrigliceridemia severă; acizii grași omega-3 pot fi utili în forme moderate, mai ales la pacienții cu diabet. Tensiunea arterială trebuie menținută sub 130/80 mmHg. În diabet, statinele sunt aproape universal recomandate, iar te-

rapia hipoglicemiantă trebuie individualizată în funcție de profilul pacientului.

Stadiul 3

În stadiul 3, managementul vizează identificarea și tratamentul bolii aterosclerotice și al insuficienței cardiace subclinice, utilizând toate uneltele terapeutice disponibile pentru a preveni progresia spre evenimente clinice.

Stadiul 4

În stadiul 4 managementul trebuie ghidat în funcție de recomandările ghidurilor pentru fiecare entitate cardiovasculară, dar într-o abordare integrată, ținând cont de comorbiditățile metabolice și renale. Coordinarea interdisciplinară rămâne crucială, scopul principal fiind prevenirea complicațiilor recurente și a progresiei către insuficiență multiplă de organ.

NOU
Coenzima Q10
Complex

Energie

pentru fiecare celulă



Sinergie avansată pentru

- ✓ vitalitate celulară
- ✓ protecție cardiovasculară

Coenzima Q10 Complex de la Alevia este o formulă integrată ce susține funcția energetică a celulelor și sistemul cardiovascular.

Combinăția dintre **Coenzima Q10** de înaltă puritate, **Shilajit PrimaVie®** (bogat în acizi fulvici care amplifică absorbția CoQ10), **Quercetină**, **Vitamina B3** și **Magneziu** acționează complementar pentru optimizarea metabolismului mitocondrial și reducerea stresului oxidativ - mecanisme esențiale pentru sănătatea inimii și rezistența organismului.

Beneficii esențiale:

- **Suport energetic celular** - crește formarea de ATP și susține rezistența organismului în perioade solicitante.
- **Protecție antioxidantă avansată** - reduce efectele stresului oxidativ asupra țesuturilor și încetinește procesele de îmbătrânire celulară.
- **Funcție cardiovasculară optimă** - contribuie la funcționarea normală a inimii și susține circulația.
- **Recuperare eficientă** - util în perioade de convalescență sau la persoane cu capacitate redusă de efort.

Recomandat pentru:

- ✓ Persoane cu nivel scăzut de energie sau oboseală persistentă.
- ✓ Adulți aflați sub tratament cu statine.
- ✓ Susținerea funcției cardiace și a sănătății vasculare.
- ✓ Activitate fizică sau stres oxidativ crescut.

Mod de administrare: 1 capsulă/zi, în cure de 3 luni.



Pentru mai multe informații despre produs scanați codul QR sau intrați pe alevia.ro. Acesta este un supliment alimentar și nu trebuie să înlocuiască o dietă variată și echilibrată. Citiți cu atenție informațiile de pe ambalaj.



Cancererele urologice în era echipelor multidisciplinare

Chirurgia robotică, radioterapia și oncologia medicală ca părți ale aceleiași strategii integrate

În ultimele două decenii, chirurgia robotică s-a impus în tratamentul tumorilor de prostată, rinichi, vezică urinară și testicul, prin precizia gesturilor chirurgicale, reducerea complicațiilor și recuperarea rapidă a pacienților. Totuși, rezultatele optime apar atunci când tratamentul este planificat și aplicat în cadrul unei comisii oncologice multidisciplinare. Aceasta aduce împreună expertiza urologului, oncologului, radioterapeutului, imagistului și anatomopatologului, pentru a construi o strategie adaptată fiecărui pacient. Pe lângă definirea traseului terapeutic, comisia are un rol esențial în optimizarea timpilor de programare și în facilitarea accesului pacientului la toate consultațiile necesare, reducând astfel întârzierile care pot compromite calitatea tratamentului.

Conf. Univ.
Dr. Bogdan Petruț
Spitalul Transilvania,
Cluj Napoca; UMF „Iuliu
Hațieganu” din Cluj Napoca



Componenta comisiei oncologice

În practica curentă, nucleul comisiei este format din: urolog, oncolog medical, radioterapeut, imagist și anatomopatolog. Fiecare aduce o contribuție esențială - de la stadializarea corectă și interpretarea histopatologică, până la alegerea secvenței optime între chirurgie, radioterapie și tratament sistemic. Serviciile de recuperare medicală și consilierea psihologică poate crește semnificativ calitatea

vieții pacientului oncologic. Recuperarea funcțională, atât urinară cât și sexuală, este parte integrantă a tratamentului modern, iar suportul psihologic îi ajută pe pacienți să depășească etapele dificile ale diagnosticului și terapiei. Rezultatele oncologice pe termen lung depind, în mare măsură, de acuratețea stadializării inițiale. În cancererele urologice, aceasta stabilește nu doar indicația chirurgicală, ci și succesiunea corectă a etapelor terapeutice - de la tratamentul sistemic până la radioterapie și monitorizarea postoperatorie. Tehnicile moderne de imagistică - multiparametric MRI pentru prostată, CT și RMN pentru rinichi și vezică, PET-CT în cazuri selectate - permit o caracteriza-

re precisă a extensiei tumorale și a eventualelor metastaze. Comisia multidisciplinară asigură un parcurs clar și rapid, reducând riscul ca întârzierile să compromită calitatea tratamentului și șansele de control oncologic.

Chirurgia robotică - de la minim invazivitate la excelență oncologică și funcțională

Chirurgia robotică are avantajele sale de minim invazivitate - incizii reduse, pierderi sangvine minime, recuperare rapidă. Dar, adevărata sa valoare constă în creșterea calității gestului chirurgical oncologic. Tehnologia robotică permite

o disecție extrem de precisă, cu vizualizare tridimensională de înaltă rezoluție. Aceasta înseamnă a extirpa complet țesutul tumoral, dar și de a prezerva structurile funcționale atunci când acest lucru este posibil și sigur. Un exemplu elocvent îl reprezintă tumorile renale. În trecut, abordarea clasică favoriza adesea nefrectomia radicală, cu pierderea totală a rinichiului afectat. Acum, procentul de nefrectomii parțiale - cu preservarea parenchimului renal sănătos - a crescut semnificativ. Această schimbare are implicații majore nu doar în menținerea funcției renale pe termen lung, ci și în calitatea vieții pacienților, reducând riscul de insuficiență renală cronică și nevoia ulterioară de dializă.

Cancerul de prostată

În era chirurgiei deschise și chiar laparoscopice, obiectivul principal era eradicarea tumorii, deseori cu prețul afectării funcției urinare și sexuale. În chirurgia robotică, datorită vizualizării mărite și a manevrabilității instrumentelor, disecția planurilor periprostactice poate fi realizată cu o precizie nemaiîntâlnită anterior. Aceasta permite preservarea fasciculelor neurovasculare responsabile de funcția erectilă și a aparatului sfincterian implicat în continența urinară, fără a compromite controlul oncologic. În acest sens, chirurgia robotică nu este doar o tehnologie avansată, ci un mijloc de a aduce tratamentul cancerului de prostată mai aproape de ceea ce ne dorim cu toții: radi-

calitate oncologică asociată cu păstrarea demnității și funcționalității pacientului.

Cancerul vezical - chirurgia robotică și reconstrucția de vezică

Cancerul vezical invaziv rămâne una dintre cele mai provocatoare patologii urologice, necesitând intervenții extinse, cu impact major asupra calității vieții. În cistectomia radicală, integrarea chirurgiei robotice a adus o transformare semnificativă. Robotul chirurgical permite nu doar excizia completă și sigură a vezicii și a ganglionilor pelvini, ci și reconstrucția tractului urinar. Un exemplu de vârf îl constituie neovezica ortotopică - reconstrucția unei vezici noi din ansă ileală, care, prin tehnologia robotică, poate fi realizată intracorporeal, cu respectarea detaliilor anatomice fine și reducerea pierderilor de lichide și complicațiilor postoperatorii. Astfel, chirurgia robotică în cancerul vezical nu se limitează la înlăturarea organului afectat, ci oferă pacienților șansa unei restaurări funcționale.

Tumorile testiculare - rolul chirurgiei robotice în disecția ganglionilor retroperitoneali

Tumorile testiculare reprezintă cea mai frecventă formă de cancer solid la bărbatul tânăr. Deși tratamentul de primă

linie este adesea orchiectomia, o proporție semnificativă dintre pacienți necesită ulterior disecție ganglionară retroperitoneală pentru controlul bolii reziduale sau al recidivei.

Această intervenție este deosebit de complexă, datorită raporturilor anatomice strânse dintre lanțurile ganglionare retroperitoneale și structurile vasculare majore - aorta, vena cavă inferioară, artera și vena renală.

Chirurgia robotică a adus un avantaj incontestabil prin magnificarea câmpului operator și precizia disecției, reducând riscul de complicații vasculare și crescând șansele de preservare a funcției ejaculatorie prin conservarea nervilor simpatici. În acest fel, pacienții beneficiază nu doar de un control oncologic optim, ci și de o menținere a calității vieții reproductive și sexuale.

Dar, chirurgia robotică reprezintă doar una dintre piesele unui puzzle terapeutic mai larg. Rezultatele cu adevărat optime apar doar într-o strategie gândită și aplicată de echipe de medici.

Viitorul tratamentului oncologic urologic în România depinde de capacitatea noastră de a construi și susține echipe dedicate, cu expertiză reală și continuitate.

Patru secole de microscopie

Vederea, cel mai utilizat dintre simțurile noastre, a constituit baza cunoașterii, iar apoi de transfer și acumulare a acesteia între generații sub formă pictorial-descriptivă și scrisă din perspectivă evolutivă a omului. Și astăzi, demersurile de investigare, diagnostic și validare sunt predominant bazate pe tehnici vizuale. Vă puteți imagina primii oameni privind către stele sau către lucruri minuscule, realizând limitele capacității lor observaționale? Nu știm cât timp a trecut de la momentul conștientizării nevoii de a vedea în detaliu lucruri aflate la distanță sau structuri minuscule până la găsirea modalităților adecvate, însă avem artefacte istorice care probează consecvența omului de a crea și îmbunătăți soluțiile de augmentare vizuală.

Dr. Mihai C. Stoicea
Medic patalog



Cele mai vechi soluții de magnificație utilizate de om, cel mai probabil în scop creativ și recreativ, au fost lentilele: prima dintre acestea, descoperită la Nimrud (Irak, secolul al VIII-lea î.Hr.), permitea mărirea 3x. O rezoluție similară aveau și lentilele romane și cele vikinge (secolele al XI-lea și al-XII-lea d.Hr.). Către sfârșitul secolului al XVI-lea apar primele instrumente compuse, considerate prototipuri de telescop, cu magnificație 20-30x. În 1609, Galileo Galilei, membru al Accademia dei Lincei, crează propriul instrument de magnificație, care îi permite vizualizarea planetei Jupiter și a sateliților acesteia; la cererea lui Galilei, instrumentul este denumit telescop în 1611. Galilei reușește să modifice poziționarea și distanța dintre lentile (obiectiv biconvex și ocular biconcav) și, până în 1624, crează un instrument care permitea mărirea structurii obiectelor examinate îndeaproape. Pentru ob-

servarea lucrurilor minuscule, instrumental de magnificare a primit denumirea de "microscop", iar pentru observarea obiectelor îndepărtate s-a consacrat denumirea de telescop, la Roma, 1625.

Microscopul a deschis orizonturi noi de observație și cercetare, cum ar fi o descriere anatomică a albinelor pe baza observațiilor la microscop sau prima descriere a celulelor (1665). Tot cu ajutorul microscopului, sunt studiate și descrise funcțiile celulelor ca structuri de bază ale organismelor vii (1846). În 1869, la 89 de ani, Mary Somerville publică celebra lucrare "Despre știința moleculară și microscopică", în două volume, la Londra, o precursoră a microbiologiei. De cealaltă parte a Atlanticului, în 1897, două cercetătoare pasionate de zoologie și citologie pun la punct tehnica fotografierii imaginilor microscopice ale probelor tisulare și celulelor.

Provocările majore ale magnificației au vizat claritatea imaginii și fidelitatea culorilor. Corecțiile tehnice aduse în jurul anului 1830, au îmbunătățit claritatea imaginii și au eliminat distorsiunile de culoare. Primul microscop binocular avea să mo-

difice radical practica examinării microscopice. Condensatorul a revoluționat considerabil calitatea imaginilor microscopice, iar Carl Zeiss a permis producția la scară largă a microscopelor, evoluția către 17 obiective și primul obiectiv cu imersie. A fost inventat sistemul de iluminare al microscopului, care a permis extinderea către tehnici de microscopie ulterioare, de exemplu cu contrast de fază, epifluorescență, contrast de interferență diferențială, microscopie confocală. În 1930 se realizează primul microscop cu contrast de fază, cu o magnificație de 1000x. Un an mai târziu, este creat primul microscop electronic, permițând o magnificație de 30.000x. Evoluția tehnologică avansează rapid după cel de al Doilea Război Mondial, aducând soluții noi: microscopul confocal (patentat în 1957), microscopul electronic cu emisie de câmp (introdus în 1967), microscopul cu efect tunelar (STM, în 1980, și varianta de microscop de forță atomică din 1982), microscopie cu raze X (1982). Creșterii rezoluției imaginilor, astăzi la o magnificație de 5.000.000x și mai mare, i-au fost asociate tehnici de reconstrucție tridimensională, in-



dividualizare celulară, vizualizare și mapare funcțională a celulelor, în special a celor nervoase și musculare, precum și a funcției structurilor intracelulare, inclusiv molecule și atomi.

Principalele descoperiri și inovații tehnice în microscopie din secolele al XIX-lea și al XX-lea au fost premiate de Fundația Nobel pentru fizică, chimie și medicină, inclusiv George Emil Palade (Medicină, 1974).

Utilizarea microscopiei este esențială în multe domenii, dar

cea mai largă aplicabilitate este în domeniul medical, în special în patologie și microbiologie. Începând cu anii '80 ai secolului trecut, necesitatea standardizării diagnosticului patologic a relevat probleme legate de accesibilitate și comunicare în timp real, suplimentate în primele decenii ale acestui mileniu de diversificarea entităților morfologice, aportul de noi metode investigaționale și necesitatea obiectivării pragurilor de raportare cu consecință terapeutică. Telepatologia a repre-

zentat prima soluție de conectare eficientă a patologilor cu posibilitatea consultării directe, în timp real: prima rețea de telepatologie a fost inițiată de patologul american Ronald S. Weinstein, în 1996, și reunește 160 de unități din 70 de comunități. O rețea de telepatologie a luat naștere și în Norvegia, în 1990. Apariția primului microscop digital (Japonia, 1986), și a primului scanner de lame (1994) constituie două momente referențiale, care au modificat ireversibil praxisul microscopiei, permițând tranziția de la vederea tunelară la examinarea panoramică. Tranziția, începând cu scanarea bidimensională și progresând către scanarea tridimensională, cu profunzime variabilă. În 2017, a fost autorizat primul sistem de examinare digitală (Philips), iar în 2021 primea aprobare pentru diagnostic in vitro cea dintâi platformă de patologie digitală. Primul scanner de lame citologice a primit autorizare în 2024 (Hologic). Al treilea deceniu al secolului al XXI-lea a adus și validarea primelor soluții computaționale, i.e. softuri de analiză, interpretare și scorificare, precum și posibilitatea integrării informațiilor clinice, imagistice, patologice și moleculare cu rol prognostic și predictiv pentru o gestionare cât mai personalizată a soluțiilor terapeutice.

După patru secole de la apariția microscopului, esența demersului Linceilor, în pofida beznei medievale, a fost de a uni minți luminate pentru a crea viitorul. În cuvintele lui Jane Goodall, "împreună putem, împreună vom reuși". Împreună suntem viitorul.

Natural. Concentrat. Eficient.

CONCENTRAT DIN OȚET DE MERE

20% POLIFENOLI
10% ACID ACETIC

CAYENNE
GUARANA
GARCINIA
GHIMBIR
PIPERINĂ
+ 8 ULEIURI ESENȚIALE



Află mai multe



1 capsulă/zi

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

Produs certificat într-un sistem de management
ISO 9001 • ISO 14001 • ISO 22000
www.cosmopharm.eu

