săptămâna
MEDICALĂ
Anul XVI • Nr. 265 • octombrie 2021
4.75 lei

Bolile cardiace congenitale

Hepatita cronică virală C

Deficitul de Magneziu și patologia digestivă

Obezitatea și bolile endocrine

Reducerea dioptriilor cu implant de lentilă intraoculară 4

Endocrinologia, o disciplină de hotar 26

Protecție antivirală 30

Cum tratez tenul matur în 2021? 8

Controlați-vă tensiunea arterială . . . 16

VEDRA

Regulatpro®
Intotdeauna sănătos!

Regulatpro Bio

Regulatpro Bio este produs prin fermentare în cascadă - o metodă unică patentată în anul 2004. Reprezintă concentrat bioactiv care conține fragmente enzimatice: di-, tri- și oligopeptide, precum și polifenoli, flavonoide și componente probiotice din fructe, miezuri și legume, cultivate în condiții ecologice semințe. Regulatpro Bio reface sinteza enzimelor din organism și mărește producerea de ATP în celule.

- ✓ Reglează procesele biochimice normale din corp
- ✓ Duce la detoxifiere rapidă și eficientă
- ✓ Reduce stresul oxidativ
- ✓ Menține echilibrul acido-bazic în limite fiziologice
- ✓ Stimulează imunitatea nespecifică
- ✓ Reglează și menține flora intestinală normală

Regulatpro Metabolic

Regulatpro Metabolic este un supliment alimentar care activează procesele enzimatice din corp. La concentratul bioactiv de fragmente enzimatice din Regulatpro Bio sunt adăugate vitamine din grupul B, vitamina C, vitamina D, minerale și microelemente, care acționează ca și cofactori naturali ai enzimelor sistemice.

- ✓ Influențează metabolismul glucozei
- ✓ Normalizează metabolismul proteinelor
- ✓ Consolidează imunitatea
- ✓ Ajută funcționarea mușchilor și a țesutului conjunctiv
- ✓ Creează o protecție puternică antioxidantă
- ✓ Menține echilibrul electrolitic
- ✓ Elimină oboseala
- ✓ Ajută la reducerea greutății

Regulatpro Bio și Regulatpro Metabolic nu conțin coloranți, conservanți, alcool, zahar, gluten, lapte sau potențiatori de aromă, potrivite pentru vegani. O doză de 100 ml Regulatpro Metabolic este egală cu o unitate de pâine.

„Saltul a fost imens în ultimi 30 de ani”

Începând din 1990, de când îmi desfăşor activitatea am fost martorul dezvoltării tehnicilor endoscopice diagnostice şi terapeutice. Azi nu îmi pot imagina explorarea endoscopică fără sistem video cu rezoluţie înaltă, magnificaţie şi cromoendoscopie virtuală, La începutul anilor 2000 au fost introduse videocapsula endoscopică şi enteroscopia pentru explorarea şi terapia afecţiunilor intestinului subţire. De asemenea, tot în acea perioadă am introdus în explorare ecoendoscopia, puncţia aspirativă ghidată pentru masele pancreatice, pentru adenopatii abdominale şi leziuni submucosale. Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă (ERCP) , introdusă în 1998, a constituit un pas uriaş în intervenţiile minim invazive pentru afecţiuni biliopancreatice. În ceea ce priveşte ecografia abdominală, saltul a fost imens în ultimi 30 de ani. Acest "stetoscop al gastroenterologului", cum a mai fost numit ecograful, permite azi o imagistică de mare acurateţe, prin rezoluţia înaltă, prin tehnici de contrast şi elastografie, pentru ficat, pancreas, splină, căi biliare şi, în ultimii ani, pentru afecţiuni de tub digestiv (rectocolită ulcerohemoragică, boală Crohn, diverticuloză). Fără aceste tehnici diagnostice şi terapeutice minim invazive, consider că un centru de referinţă în gastroenterologie nu îşi poate onora rolul de centru terţiar de diagnostic, terapie, educaţie şi cercetare.

Prof. dr. Cristian Gheorghe, *Preşedintele Societăţii Române de Gastroenterologie şi Hepatologie (SRGH)*
Şef Clinică gastroenterologie din Institutul Clinic Fundeni, Bucureşti

Abonament la revista Săptămâna Medicală

săptămâna MEDICALĂ

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

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Reducerea dioptriilor cu implant de lentilă intraoculară Visian (ICL) 4
Noutăţi în dermatita atopică 6
Cum tratez tenul matur în 2021? 8
Osteoporoza– O abordare holistică 10
„Medicul internist trebuie să fie medicul diagnostician al afecţiunilor complexe şi medicul integrator al afecţiunilor multiple” 12
Lipozomal Vitamina C şi Lipozomal Vitamina D3K2 Magneziu 14
„Controlaţi-vă tensiunea arterială, trăiţi mai mult!” 16
Bolile cardiace congenitale 18
În medicină, 1000 de cazuri reuşite pălesc în faţa unui singur eşec 20
Hepatita cronică virală C: schimbări revoluţionare, bariere şi soluţii adaptate contextului pandemic Sars-Cov-19 23
Deficitul de Magneziu şi patologia digestivă. 24
Endocrinologia, o disciplină de hotar pentru întreaga medicină 26
Obezitatea şi bolile endocrine 27
Inteligenţa artificială şi reumatologia – un parteneriat în prezent şi viitor? ... 28
Protecţie antivirală direct la poarta de intrare 30

Foto revistă: Shutterstock

Coordonator medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie

Editor: Fin Watch
Calea Rahovei, nr. 266-268, Sector 5, Bucureşti,*
Electromagnetica Business Park, Corp 60, et. 1, cam. 19
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

Tiraj: 15.000 ex.
ISSN 2067-0508

FIN WATCH

Reducerea dioptriilor cu implant de lentilă intraoculară Visian (ICL)

Implantul de lentilă intraoculară Visian (ICL) este o tehnică chirurgicală pentru reducerea dioptriilor în cazul miopiei și hipermetropiei, cu sau fără astigmatism. Lentila intraoculară este fabricată dintr-un material biocompatibil, care conține colagen natural purificat, de înaltă calitate.

Dr. Raluca Moisescu,
Medic specialist oftalmolog
Clinica de oftalmologie
Ama Optimex
www.amaoptimex.ro
www.scapadeochelari.ro
www.cataracta.ro

Tehnica presupune inserarea lentilei între iris și cristalin printr-o incizie de mici dimensiuni care nu necesită sutură. Lentila Visian formează un ansamblu optic împreună cu cristalinul natural pentru a corecta dioptriile și a ajuta persoana să vadă bine fără ochelari, focalizând razele de lumină la nivelul retinei într-o imagine clară. La persoanele tinere, implantul menține funcția de acomodație a cristalinului, ceea ce înseamnă că nu mai este nevoie de o corecție suplimentară pentru vederea de aproape.

Prin implantul cu lentila intraoculară Visian putem corecta dioptriile mari care nu pot fi corectate cu laser: miopie până la -18 dioptrii (cu sau fără astigmatism), hipermetropie până la +10 dioptrii (cu sau fără astigmatism) și astigmatismul până la 6 dioptrii.

Intervenția este recomandată persoanelor cu vârsta între 21 și 45 de ani și cu dioptrii stabile în ultimele 6 luni. În urma unui consult și a investigațiilor specifice, determinăm dacă este o opțiune bună. Intervenția se poate efectua la ambii ochi în aceeași zi, în sala de operații, cu anestezie locală și fără internare.

După intervenție, vederea se îmbunătățește în decurs de câteva zile, iar pacientul trebuie să urmeze un tratament cu picături și să respecte indicațiile postoperatorii, fiind interzise câteva activități precum machiatul, înotul, expunerea la praf, frecatul ochilor timp de câteva săptămâni, restricții comune intervențiilor oftalmologice.

Este important de știut că rolul intervenției este de a corecta dioptriile și de a oferi o vedere bună fără ochelari, nu de a îmbunătăți vederea. Adică, vederea după operație nu o va depăși pe cea dinainte de operație, cu cea mai bună corecție optică.

Ca la orice intervenție, pot apărea complicații, care deși rare, trebuie depistate și tratate cât mai rapid. De aceea, este indicat ca la orice semnal că ar fi ceva în neregulă, pacientul să anunțe de urgență medicul sau personalul clinicii.

Intervenția ICL este în totalitate reversibilă, lentila poate fi scoasă și înlocuită la nevoie – de exemplu în cazul existenței unor dioptrii restante după operație (cazuri extrem de rare). De asemenea, în cazul apariției cataractei, lentila va fi scoasă și se va înlocui cristalinul natural cu unul artificial, care de asemenea poate corecta dioptriile.

Pentru persoanele cu dioptrii, la Ama Optimex, oferim mai multe variante pentru a scăpa de ochelari și anume: intervențiile cu laser (SMILE, FemtoLASIK, PRK, PRESBYOND), ICL și implantul cu cristalin artificial în scop refractiv. Doar în urma unui consult și a investigațiilor, medicul poate recomanda tehnica potrivită.

Mai multe informații despre reducerea dioptriilor sunt disponibile și pe www.scapadeochelari.ro.

www.amaoptimex.ro
www.scapadeochelari.ro
www.cataracta.ro

Bio Active MC,
produs japonez de excepţie!

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

Aceste cazuri sunt relatate de aparţinători către distribuitorul Magazinul Paradisul Verde din Braşov

Pacientă în vârstă de 75 de ani din judeţul Suceava, cancer la sân, operată, a decis să ia câte 2 pliculeţe/zi de Bio Active MC pentru a preîntâmpina reapariţia celulelor bolnave. La investigaţia anuală a rezultat că markerii tumorali sunt în limitele normale (este al treilea an consecutiv de când situaţia s-a stabilizat, cu consumul de Bio ActiveMC).

Pacient în vârstă de 78 de ani din judeţul Mureş, metastaze la colon, nu i s-a recomandat operaţia din cauza stării precare de sănătate. Familia a decis să îi administreze Bio Active MC, câte 2 pliculeţe/zi, apoi câte 3 pliculeţe/zi. După 4 luni, starea dumnealui s-a îmbunătăţit, pofta de mâncare a revenit, durerile s-au ameliorat. Analizele uzuale au ieşit în parametri normali, urmând în continuare indicaţiile medicale pentru această problemă de sănătate.

Distribuitor: farmacia APOTECA www.apoteca-farmacie.ro

Importator: Euro Japan Trading

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

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

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

De ce Bio Active MC?

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

Noutăţi în dermatita atopică

Dermatita atopică este cea mai frecventă patologie cutanată inflamatorie, cronică, pruriginoasă, cu debut, de obicei, în copilărie, și asociată cu alte atopii (astm bronșic alergic, rinoconjunctivită alergică, alergii alimentare). Evoluează cu remisiuni și acutizări.

Dr. Raluca Miulescu,

Secția de Dermatologie
a Spitalului Universitar
de Urgență Elias

Aspect clinic

Din punct de vedere clinic, dermatită atopică prezintă mai multe variante în funcţie de vârsta pacientului: infantilă, a copilului, a adolescentului, a adultului. Leziunile acute predomină în perioada nou-născut-copil și se manifestă sub forma unor papule și plăci eritemato-edematoase, cu vezicule și cruste în suprafaţă. În faza subacută a bolii, întâlnim papule și plăci eritematoase, uneori scuame și cruste, în timp ce leziunile cornice, tipice adolescentului și adultului tânăr, se prezintă sub forma unor plăci groase, lichenificate, deseori acoperite de scuame.

Management

Scopul managementului dermatitei atopice vizează atât tratamentul episoadelor acute, cât și obţinerea și menţinerea remisiunii.

Ca și reguli generale de igienă, se știe că baia hidratează pielea și înlătură scuamele, crustele, iritanţi și alergenii. Se prefer baie/duș zilnic, timp de 5-10 minute în apă caldă, folosind produse de curăţare special concepute pentru pacienţii cu dermatită atopică (fără parfum, fără săpun, cu ph neutru). Aplicarea unui emollient imediat după baie este necesară pentru hidratarea pielii. Dacă pacientul

este într-un episod acut, și este necesară aplicarea unui dermatocorticoid sau antiinflamator, acesta va fi aplicat înaintea emolientului. Utilizarea zilnică a produselor emoliente reduce xeroza, pruritul, eritemul, fisurile și lichenificarea. Acestea conţin agenţi emolienţi care înmoaie pielea, agenţi ocluzivi care previn pierderea apei, și umectanţi care atrag apa. Un emollient ideal ar trebui să nu conţină coloranţi, parfum, alergeni derivaţi din mâncare (protein din alune) și alte ingredient cu potenţial sensibilizant.

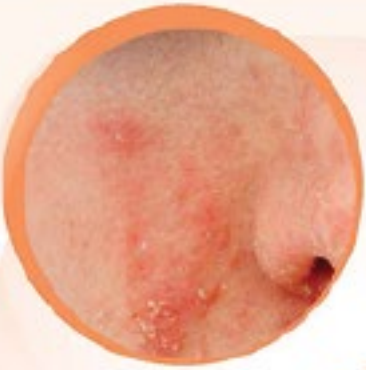
Dermatocortizii reprezintă prima linie de tratament în dermatita atopică. Aceștia au următoarele acţiuni: antiinflamator, antiproliferativ, imunosupresiv, vasoconstrictor, cu efecte pe celulele T cutanate, macrofage și celule dendritice. Se recomandă utilizarea zilnică pe termen scurt sau utilizarea intermintentă pe termen lung, pentru a evita apariţia efectelor adverse (atrofie cutanată, cataractă, teleangiectazii).

Fototerapia (UVB-NB, UVA) are efect imunomodulator, UVB-NB și UVA sunt indicate în faza cronică a bolii și în reducerea intensităţii pruritului, în timp ce UVA este eficientă în faza acută.

O alternativă terapeutică mult recomandată în ultima perioadă, cu rezultate bune și fără efecte secundare este hidroterapia. Aceasta presupune un tratament complex, timp de câteva săptămâni, în cadrul unui centru specializat în hidroterapie.

De dragul pielii sensibile TESTAT PENTRU NICHEL | FĂRĂ CONSERVANȚI · PARFUM · GLUTEN

TRIDERM D.S.



BioNike
HEALTH AND BEAUTY

Dermatita seboreică

Adjuvanți în reducerea simptomelor dermatitei seboreice (mâncărime, arsură, roșeață a pielii, scuame și/sau mătreață).

PENTRU SCALP

ȘAMPON INTENSIV

Ciclopiroxolamină,
Acid succinic,
Zinc PCA

PENTRU FAȚĂ

CREMĂ PENTRU NORMALIZAREA PIELII

Ciclopiroxolamină,
Enoxolon,
Palmitat de furfuril,
α-Bisabolol,
Vitamina E,
Acid succinic

MedicalMagazin str. Viitorului, nr. 180, sector 2, București

Tel: 0744 649 289 | office@bionike.ro | www.medicalmagazin.ro

Cum tratez tenul matur în 2021?

Tenul matur definește aspectul pielii feței după atingerea maturității și îndreptarea vertiginoasă către cea de a treia varstă - „vârsta de aur", atunci când experiențele de viață, biologice, sociale și intelectuale au atins un maxim al puterii de evoluție a fiecărui individ. Pielea matură reflectă acele modificări pe care întregul organism le-a achiziționat în urma trecerii prin timp.

G-ral Mr. (r)
Prof. Dr. Nedelcu Ioan
CMI Dr. Nedelcu Ioan,
Str. Veronica Micle nr. 15, sector 1, București,
Tel 0722. 553.734

Îmbătrânirea cutanată, asemenea îmbătrânirii întregului organism, este rezultatul unui program genetic, dar și al agresiunilor endogene și din mediul înconjurător. Se pot individualiza două mari tipuri de cauze ale îmbătrânirii: factorii genetici și evenimentele întâmplătoare din mediul de viață.

O parte a îmbătrânirii poate fi înscrisă în informația genetică a fiecărui individ.

Se consideră că există un fel de program de "moarte" sau "senescență" care este instalat în gene și se activează la o anumită vârstă, determinând unele aspecte ale îmbătrânirii.Cele mai cunoscute teorii care postulează că senescența este determinată predominant genetic, sunt: Teoria lui Hayflick, Teoria telomerazelor, Teoria apoptozei, Teoria acumulării mutațiilor (sau a defectelor ADN/ARN), Teoria ceasului biologic al îmbătrânirii. În ultimii ani se discută tot mai mult despre Teoria "ceasului epigenetic" privind îmbătrânirea.

Îmbătrânirea prin evenimente întâmplătoare (random events) este susținută de o serie de teorii, astfel: Teoria acumulării deșeurilor (de exemplu intoxicația cronică cu metale grele), Teoria radicalilor liberi, Teoria îmbătrânirii mitocondriilor, Teoria cross link-ajului, Teoria glicilizării, Teoria deficiențelor sistemului imun, Teoria erorilor și reparărilor, Teoria ordinii și dezordinii, Teoria deficitului sistemului endocrin.

Simpla enumerare a teoriilor și mecanismelor îmbătrânirii organismului și a generării implicite a tenului matur cu problemele și nevoile sale specifice arată cât de complexă este încercarea de a trata tenul matur.

Terapia tenului matur, în lumina celor deja expuse, implică o abordare multifactorială în cadrul căreia să ne adresăm dinspre afara pielii dar și dinspre interior.

Abordarea terapiei tenului matur cu mijloace dermatocosmetice și estetice este, cea mai frecventă și la îndemâna specialiștilor.

Pentru fiecare pacient se alcătuiesc programe de tratament personalizate, în raport cu nevoile tenului matur ale fiecărei benficiare dar și cu bugetul disponibil, de așa manieră încât să obțin maximum de eficiență cu minimum de cheltuieli.

De mare importanță și utilitate sunt și schimbarea stilului de viață, controlul dietei, aportul de antioxidanți, terapia acidozei tisulare și nu în ultimul rând detoxifierea de metale grele, în raport cu rezultatele obținute prin tehnica de dozare a intoxicației tisulare cu metale grele de care dispunem în clinică dar și detoxifierea generală prin Hidrocolonoterapie și Ozonoterapie, tehnici care s-au dovedit foarte utile nu numai în controlul tenului matur dar și în terapie dermatologică academică.

NEOTONE®

O expertiză unică pentru rezultate fără pete

PATENT INNOVATION DEPI-ACT® COMPLEX

INOVAȚIE ISISPHARMA

EFICACITATE DOVEDITĂ CLINIC vs. 4% HIDROCHINONĂ

EFICACITATE SIMILARĂ | TOLERANȚĂ OPTIMĂ

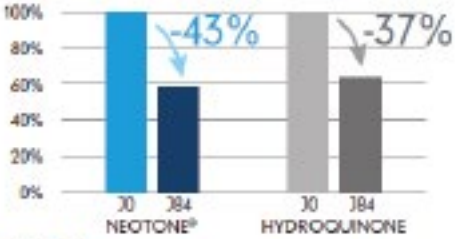
DIMINUAREA SCORULUI MASI PENTRU 90% DINTRE SUBIECȚI

Evoluția modificării scorului MASI

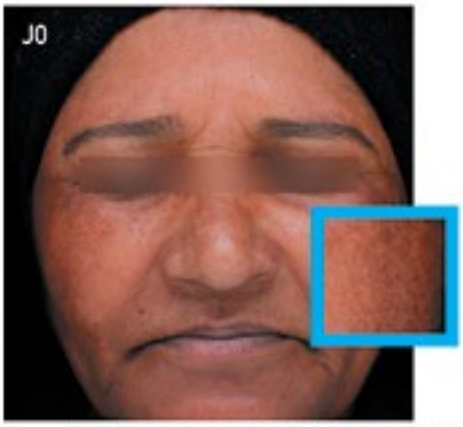
-43% MASI Score NEOTONE®

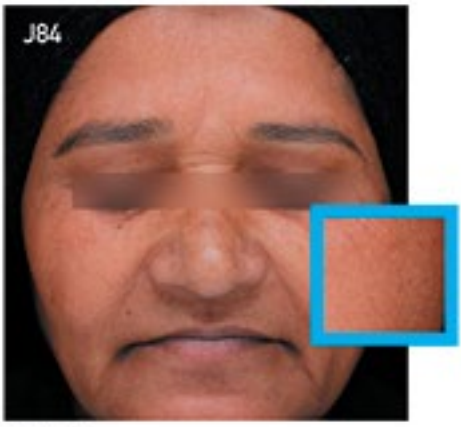
Vs.

-37% MASI Score Hidrochinonă



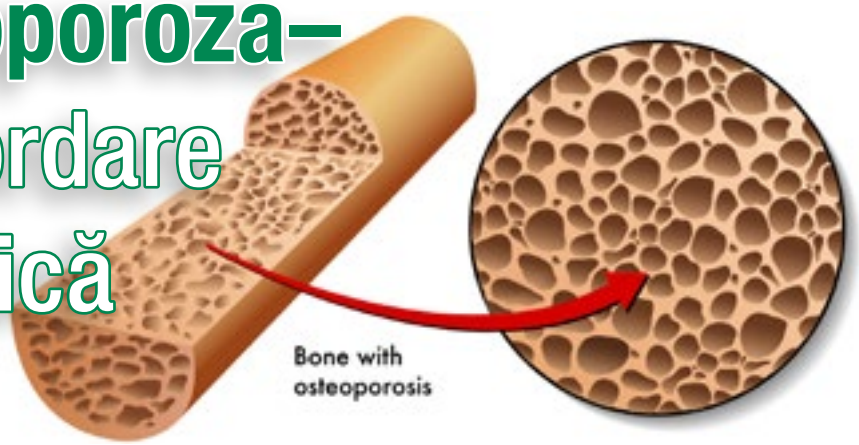
NEOTONE® Serum + NEOTONE® Radiance SPF 50+
VS 4% hidrochinonă cremă + cremă SPF 50+





- 40 subiecți au avut melasmă epidermică. 84 zile. Studiu randomizat dublu-orb.
- 2 grupuri paralele: NEOTONE® Serum + NEOTONE® Radiance SPF 50+ VS 4% hidrochinonă cremă + cremă SPF 50+.
- Modificarea scorului clinic MASI: Melasma Index de severitate. Măsurarea ITA: Intensitatea nuanței pielii folosind parametri colorimetrici.
- Evaluarea toleranței

Osteoporoza– O abordare holistică



Osteoporoza se numără printre bolile care afectează milioane de oameni din întreaga lume, fiind cunoscută și sub denumirea de boala oaselor fragile. Este vorba despre o afecțiune din cauza căreia densitatea osoasă scade, mai ales în urma unui proces de demineralizare.

Farmacist
Andreea Elena Iorgu,
Product Manager

Pentru început, este esențial să știți faptul că osteoporoza apare atunci când nivelul calciului și al fosforului din oase scade semnificativ. Oasele sunt formate din proteine, colagen și calciu, toate acestea fiind elemente esențiale, care oferă rezistența necesară.

Atunci când microarhitectura țesutului de la nivel osos este alterată, fragilitatea oaselor sporește și la fel se întâmplă și cu riscul de apariției fracturilor. De exemplu, fracturile pot apărea sub formă de crăpături, așa cum sunt fracturile de șold sau sub formă de colaps, adică fracturi de compresie a vertebrelor.

Cauzele apariției osteoporozei

De cele mai multe ori, simptomele osteoporozei apar după vârsta de 35 de ani, cu mențiunea că femeile sunt mult mai predispuse la pierderea masei osoase după menopauză când nivelul de estrogen scade, estrogenul fiind răspunzător pentru absorbția calciului în oase.Vă mai puteți afla în categoria de risc și atunci cand aveți alte afecțiuni hormonale ale glandei tiroide.

Înaintarea în vârstă este un factor cheie, de-a lungul vieții corpul regenerează țesutul osos prin distrugerea oasele vechi și dezvoltarea altora noi, însă atunci când în organism apare un dezechilibru scade capacitatea de a genera suficientă masă osoasă nouă în ra-

port cu distrucția osoasă. Alte cauze pot fi anumite condiții medicale, precum hipertiroidismul, fracturile după o anumită vârstă etc.

Iată care sunt factorii de risc care pot conduce la osteoporoză: fumatul, lipsa de exerciții fizice, consumul excesiv de alcool, nutriția precară, malabsorbția, inflamația cronică, deficiența de vitamina D.

Factorii de risc sunt și ei esențiali când vine vorba despre osteoporoză, întrucât cunoscându-i, veți ști care sunt elementele de care să vă feriți. De exemplu, există factori de risc pe care nu îi puteți controla, așa cum sunt cei ereditari sau anumite tipuri de afecțiuni, printre care diabetul zaharat de tip I, bolile inflamatorii intestinale, dar și dereglările hormonale. Toate acestea pot influenta pierderea masei osoase.

Dincolo de factorii de risc menționați mai sus, mai există și factori pe care îi puteți controla. Spre exemplu reducând fumatul sau eliminându-l complet, precum și adoptând un stil de viață sănătos, veți reuși să obțineți echilibrul dintre fizic și psihic. Mai mult, încercați pe cât de mult posibil să consumați calciu și vitamina D și să diminuați consumul de alcool, dar și consumul de medicamente antiinflamatorii.

Suplimentele alimentare obținute din plante cu proprietăți medicinale pot reprezenta un ajutor în adoptarea unui stil de viață sănătos și astfel putem preveni apariția dezechilibrelor sistemului osos.

OSTEO POWER™ este un produs 100% natural dezvoltat de Ayurmed®, obținut din plante cu conținut bogat în minerale, silicați, bioflavonoide, vitamine, clorofilă, beta-caroten, proteine, acizi grași polinesaturați și bor. Mineralele au rolul de a favoriza absorbția fosforului și calciului, contribuind, astfel, la formarea oaselor și la încetinirea procesului degenerativ.

Ayurmed® – Arta de a trăi sănătos

OSTEO POWER™

PENTRU OASE SĂNĂTOASE

MENȚINE densitatea și structura sistemului osos
SUSȚINE mineralizarea oaselor
FAVORIZEAZĂ refacerea țesutului osos
ÎMBUNĂTĂȚEȘTE sănătatea articulațiilor

STAR INTERNATIONAL MED: www.ayurmed.ro, natural@star-ayurveda.ro Tel: 0722 750 111, 021 313 94 81, Drumul Cooperativei, nr 57, Sector 5, București, România

„Medicul internist trebuie să fie medicul diagnostician al afecțiunilor complexe și medicul integrator al afecțiunilor multiple"

Interviu realizat cu Prof. Dr. Ion Bruckner,
Președintele Societății Române de Medicină Internă

Internistul trebuie să cunoască fiecare specialitate, medicina internă bazându-se pe pluridisciplinaritate. Ce afecțiuni sunt mai greu de diagnosticat și pot pune în dificultate un internist?

Internistul trebuie să cunoască fără îndoială fiecare specialitate. Misiunea sa primară este diagnosticul. Pacientul vine la medic cu un simptom oarecare, dar simptomele sunt nespecifice, ele pot sugera o boală, dar diagnosticul trebuie confirmat. Dacă pacientul se adresează direct unui specialist și acesta nu are cunoștințe de medicină internă, pot apărea grave greșeli de diagnostic. A doua misiune a internistului este integrarea afecțiunilor unui bolnav. În zilele noastre, dată fiind creșterea speranței de viață, cei mai mulți pacienți sunt vârstnici, cu mai multe și variate afecțiuni. Acestea trebuie prioritizate și tratamentele armonizate. În sfârșit, unele afecțiuni depășesc prin prevalență capacitatea de îngrijire a specialiștilor. Îngrijirea lor trebuie să revină medicilor de familie și, în cazuri mai dificile, internîștilor. În ceea ce privește dificultățile diagnostice, pot spune că în fiecare domeniu există situații dificile: bolile reu-

matice mixte, bolile hematologice, unele aritmii cardiace care pot pune probleme dificile.

Există afecțiuni cu care pacientul trebuie să trăiască și să se trateze toată viața dar, după o anumită perioadă, bolnavul întrerupe medicația. Ce poate face medicul în relația cu pacientul pentru educarea acestuia în vederea aderenței la tratament?

Aveți perfectă dreptate. Una dintre obligațiile oricărui medic ar fi educația terapeutică a bolnavilor. Pentru ca pacientul să devină în mod real un partener în tratarea propriei afecțiuni, el trebuie să înțeleagă gesturile medicilor, tratamentele prescrise. Această activitate cere însă mult timp, trebuie repetată periodic și ar trebui recunoscută administrativ și inclusă în program. Într-o consultație de 15 – 20 minute este foarte greu să ai timpul necesar și pentru educație.

Care sunt provocările medicului internist în contextul actual al sistemului sanitar românesc?

Principala provocare este definirea și menținerea rolului său în practica medicală. Medicul internist trebuie să fie medicul diagnostician al afecțiunilor complexe și medicul integrator al afecțiunilor multiple. În acest sens, el se situează la etapa următoare medicului de familie și pe treapta care precede medicul specialist.

Ce aport are evoluția tehnologiei în pregătirea următoarelor generații de medici?

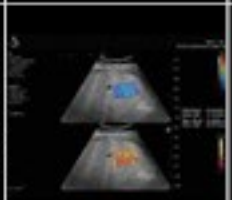
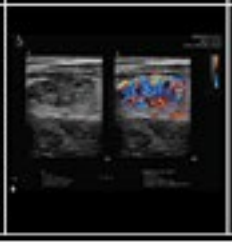
Evoluția tehnologică a permis un imens progres în diagnostic și terapeutică. În terapeutică, dezvoltarea tehnologică este mai mult apanajul specialiștilor, dar în diagnostic medicul internist trebuie să fie familiarizat cu toate metodele moderne de diagnostic. Aceasta nu înseamnă însă că trebuie ignorat examenul clinic. Anamneza rămâne și va rămâne în continuare operația de bază a contactului cu pacientul, iar examenul fizic trebuie modernizat, trebuie eliminate metodele și manevrele cu aport diagnostic mic, dar trebuie menținute și perfecționate cele cu valoare.

TEHNOLOGIE ULTRAFAST™
ÎN DETERMINAREA MARKERILOR HEPATICI

EVALUAREA BOLII CRONICE A FICATULUI

MANAGEMENTUL NON-INVASIV AL BOLII FICATULUI PE ÎNTREG CICLUL DE ÎNGRIJIRE

AIXPLORER

STEATOZA	Att PLUS și SSp PLUS Măsurare a Atenuării și Vitezei Sunetului în parenchimul ficatului	
STRATOHEPATITA		Vi PLUS Vizualizare și cuantificare a Vascozității (inflamării) țesutului
CIROZA	ShearWaveTM PLUS Măsurare a Elasticității (kPa) pentru evaluarea fibrozei ficatului	
HEPATOCARCINOMCELULAR		Angio PLUS. Vizualizare a microvascularizației pentru caracterizarea unei leziuni

SuperSonic® MACH™ 20 si 30

Sistemele de diagnostic cu ultrasunete SuperSonic® MACH™ 20 si 30 si transductorii de la SuperSonic Imagine sunt indicati pentru următoarele aplicatii : Abdominale, Organe mici, Musculoscheletale, Vasculare, Vascular periferice, Intraoperative, Ob-Gin, Pelviene, Pediatrice, Transrectale, Transvaginale, Urologice, Neonatale / Adult Cefalice. În plus, sistemele de diagnostic cu ultrasunete SuperSonic® MACH™ și transductorii asociati sunt destinati pentru : măsurări ale structurilor anatomice abdominale, măsurări ale vitezei de forfecare în bandă largă și ale rigiditatii structurilor interne ale ficatului , splinei si altor tesuturi (SWE™PLUS), măsurători ale raportului de luminozitate între ficat și rinichi (B-mod ratio) vizualizari si cuantificari ale vascularizației abdominale, microvascularizației și perfuziei (Angio PLUS), cuantificari ale steatozei prin masurarea vitezei sunetului (SSp PLUS) si de atenuare a fascicolului de ultrasunete (Att. PLUS), cuantificari concomitente ale vascozitatii, inflamatiei (Vi PLUS) si rigiditatii tesuturilor (SWE™PLUS), masuratori, pot fi utilizate, ca un ajutor fundamental pentru interpretarea si managementul clinic al pacientilor cu afectiuni de ficat.

Certificat CE no. 26415, Clarificare FDA K180572.

Contact: Str. Remus, nr. 1-3, sector 3, București,
Tel.: +40 744 366 138; +40 727 774 689;
e-mail: office@ponderamedical.ro; www.ponderamedical.ro

HOLOGIC SUPERSONIC imagine prin PONDERA MEDICAL

Lipozomal Vitamina C și Lipozomal Vitamina D3K2 Magneziu
Suport pentru imunitate în perioada virozelor

Farmacist
Iulia Vasilache

Lumea medicală actuală caută intens soluții pentru a face față provocărilor ridicate de noile tipuri de viroze. Tot mai multe voci susțin că pe primul plan este fortificarea organismului cu nutrienți care cresc capacitatea de apărare și întărirea sistemului imunitar.

Numeroase studii dovedesc că Vitamina C și Vitamina D3 au un rol exterm de important în buna funcționare a acestui mecanism complex și uimitor - sistemul nostru imunitar. Suplimentarea cu aceste vitamine scade riscul de infectare și crește abilitatea de a învinge afecțiunea virală.

Atenție la deficiența vitaminei D3 (colecalciferol)

La nivel mondial tot mai mulți oameni sunt diagnosticați cu valori deosebit de reduse ale vitaminei D3. Marea majoritate a bolnavilor de cancer și a celor cu imunitatea scăzută au deficit de vitamina D3. Studiile arată că deficitul de vitamina D3 este asociat cu un risc crescut de cancer de sân, ovarian, prostată și colon [1]. Cercetări recente demonstrează că Vitamina D acționează ca imunomodulatoar și antiinflamator în infecțiile virale [2,3,4,15] stimulând exprimarea receptorilor funcției imune în tractul respirator [6,7,8,9,10].

În același timp, crește sinteza principalelor proteine antimicrobiene din organism (catelicidinelor și defensinelor), scade ratele de replicare virală, reduce sinteza citokinelor proinflamatorii, reducând astfel leziunile țesutului pulmonar cauzate de inflamație.

Suplimentarea cu doze suficiente de vitamina D3 ca suport pentru sistemul imunitar pare să fie o necesitate pentru toate categoriile de varstă. Pentru ca Vitamina D să își exercite rolul benefic se indică administrarea în combinație cu Vitamina K2 și Magneziu.

Vitaminele D3 și Vitamina K2 lucrează în echipă

Vitamina D are un rol vital în **absorbția** și **metabolismul** calciului și fosforului în organism [11], asigurând sănătatea oaselor și prevenind **osteoporoza la vârstnici** și **rahitismul la copii.**

Dacă vitamina D3 facilitează absorbția calciului în sânge, rolul vitaminei K2 este de a orienta depunerea calciului la nivelul oaselor.

Vitamina K2 activează proteina numită osteocalcină, răspunzătoare de transportul calciului și al mineralelor și depunerea în țesutul osos. Osteocalcina activată incorporează calciul în oase, în timp ce osteocalcina neactivată inhibă absorbția calciului de către oase. În absența vitaminei K2, calciul se poate depozita la nivel arterial sau renal.

Echilibrul între Vitamina D3,Vitamina K2 și Magneziu

Biodisponibilitatea vitaminei D3 depinde de magneziu deoarece enzimele (din ficat și rinichi) care asigură metabolismul vitaminei D3 nu pot funcționa fără cantități suficiente de magneziu.

Toate procesele bio-chimice în care sunt implicate cele două vitamine au nevoie de prezența magneziului. Este o corelație strânsă între nivelurile magneziu, vitamina D3 și vitamina K2 și este absolut necesar ca acestea să se mențină în echilibru [12].

Lipozomii asigură incorporarea celor trei componente, sporesc absorbția protejând substanțele nutritive să nu fie distruse și eliminate în procesul digestiv [13]]. Aceste avantaje combinate duc la o biodisponibilitate maximă a întregului complex lipozomal sinergic D3 K2 Magneziu, nefiind necesară administrarea de doze mari zilnice.

Lipozomal Vitamina C

Este bine cunoscut efectul pozitiv pe care îl are Vitamina C asupra sistemului imunitar și că deficiența crește rata infecțiilor.

Vitamina C este o vitamină care **nu poate fi produsă de corpul nostru**, de aceea aportul zilnic este esențial pentru menținerea sănătății întregului organism.

Vitamina C este o vitamină hidrosolubilă (se dizolvă în apă) care nu poate fi stocată; astfel se consideră că organismul utilizează mai eficient Vitamina C dacă este administrată mai des în doze optime de 300 mg decât mai rar și în doze mari de 1gram sau 2 grame. Utilizarea Vitaminei C sub formă lipozomală in doze de 300 mg de 2 sau 3 ori pe zi acoperă necesarul organismului.

Lipozomii sunt microsfere cu înveliș fosfolipidic identic cu cel al membranei celulare.

Membrana fosfolipidică face ca lipozomii să fie „bio-identici", astfel ei sunt atrași de celule în interiorul cărora își eliberează ingredientele active. Acest proces oferă un nivel înalt de biodisponibilitate.

Vitamina C lipozomala creată prin tehnologia brevetata LipoCellTech™ de obținere naturală a lipozomilor nu conține aditivi chimici, solvenți organici, soia, temperaturi ridicate sau presiuni înalte. Aceasta este absorbită rapid de către celule și folosită în apărarea organismului în fața agentilor patogeni și a radicalilor liberi.

Bibliografie pe
www.saptamanamedicala.ro

LIPOZOMAL VITAMINA D3

SINERGIE CU VITAMINA K2 ȘI MAGNEZIU

Hypernatura®

CAPSULE

Vitamina D3

*contribuie la absorbția intestinală a calciului și a fosforului;
*susține sistemul imunitar prin stimularea producției catelicidinei (antibiotic natural).

Magneziul

*co-factor enzimatic esențial, fără de care organismul uman nu poate folosi corect vitaminele D3 și K2;
*co-factor în sintetizarea imunoglobulinelor.

LipoCellTech®

- Tehnologie brevetată de încapsulare lipozomală naturală;
- Lipozomi cu stabilitate înaltă, fără aditivi chimici, solvenți organici, temperaturi și presiuni ridicate;
- Dimensiunea maximă a lipozomilor de 173 nm le conferă absorbție celulară maximă;

Vitamina K2

*asigură transportul calciului și fosforului către dinți și oase
*imunomodulator (inhibă sinteza chokinelor proinflamatorii).

LIPOZOMAL VITAMINA C

Hypernatura®

CAPSULE

LIPOZOMI 100% NATURALI

Susține imunitatea organismului

*Vitamina C **nu** este produsă de corpul uman și este mai puțin cunoscut faptul că se regăsește în cantități mari în celulele imune și se epuizează rapid în timpul unei infecții.
***Vitamina C** contribuie la stimularea producției de limfocite și fagocite, celule albe din sânge, care ajută la protejarea organismului împotriva infecțiilor.
***Dimensiunea optimă** a lipozomilor purtători de **85 nm** și învelișul fosfolipidic de înaltă puritate asigură absorbție celulară completă a vitaminei c.

Până la 99% absorbție celulară

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

www.HyperNatura.com

„Controlați-vă tensiunea arterială, trăiți mai mult!"

Sub egida măsoară-ți TENSIUNEA ARTERIALĂ, controlează și prelungește viața – s-a desfășurat încă din 2005, ziua anuală mondială a HIPERTENSIUNII ARTERIALE, lansată de liga mondială de Hiper Tensiune Arterială (HTA), prilej pentru a vă măsura tensiunea arterială și a acționa acolo unde este cazul, devenind astfel mai conștient și mai responsabil față de tensiunea arterială.

As. Univ.
Dr. Alice Munteanu,
SCUMC „Dr. Carol Davila"

Tema acestui an a fost creșterea gradului de conștientizare la nivel mondial *Măsurați-vă cu precizie tensiunea arterială, controlați-o, trăiți mai mult!* Cunoașterea consecințelor date de HTA a devenit și mai importantă în context COVID-19, mai ales că determină creșteri mai mari ale mortalității.

Există două componente importante în mecanismul de creștere a conștientizării HTA:

- Screening pentru HTA la persoanele cu risc
- Măsurarea de rutină a tensiunii arteriale de către medici, din orice specialitate

HTA reprezintă cauza majoră a deteriorării stării de sănătate determinând complicații ca: accident vascular hemoragic, atac de cord, boli de rinichi, și contribuie în timp la dezvoltarea demenței vasculare, devenind o cauză majoră de invaliditate.

Hipertensiunea arterială nu prezintă simptomatologie, ea fiind asasinul tăcut, și provoacă anual zece milioane de decese. Are o prevalență ridicată și comorbiditate cardiovasculară și renală asociată, reprezentând astfel cel mai greu factor de risc de controlat ce produce dizabilitate globală.

HTA a luat dimensiuni epidemice încă din 1980, când în lume 600 milioane de oameni au avut HTA, în 2008 ajungând la 1 miliard. În 2010 erau 1,32 miliarde, iar în 2025 se estimează o creștere de 1,5 miliarde persoane diagnosticate cu HTA (cam unul din 5).

În România, în anul 2016 a fost derulat studiul SEPHAR II, prevalența HTA: 45 % din populație are HTA, dar unul din cinci nu știu că au HTA „iar o treime deși au tratament antihipertensiv, nu sunt controlați.

Simptomatologia este aridă, însă când valorile TA sunt ridicate pot apărea cefalee, amețeli, epistaxis anterior (sângerare nazală). Factorii de risc asociați acestei boli sunt clasificați în două grupe, factori de risc nemodificabili (vârstă, rasă, ereditate, sex) și factori de risc modificabili, care țin de stilul de viață (comportament alimentar nesănătos, fumat, sedentarism, obezitate, consum excesiv de alcool, dislipidemie).

Valoarea limită a presiunii arteriale sistolice normale este 140 mmHg conform Ghidului European de Hipertensiune, și 130 mmHg conform Ghidului American. Astfel, tensiunea arterială sistolică optimă este sub 120 mmHg și tensiunea arterială diastolică sub 80 mmHg.

Măsurarea tensiunii arteriale este o metodă de screening recomandată tuturor persoanelor peste 18 ani. Măsurarea TA corectă se efectuează în felul următor.

La cabinet, la evaluare inițială măsurați TA la ambele brațe (preferabil simultan). Dacă există o diferență de > 10mmHg între brațe, se consideră valoarea mai mare ca fiind corectă. La diferențe de >20mmHg, se indică teste adiționale. Diferența > 20mmHg TAS sau > 10mmHg TAD se asociază cu risc crescut de mortalitate și evenimente cardiovasculare.

TA în ortostatism: Se măsoară la hipertensivii tratați la 1 și 3 min dacă există simptome sugestive de HTA și la prima vizită la diabetici și vârstnici.

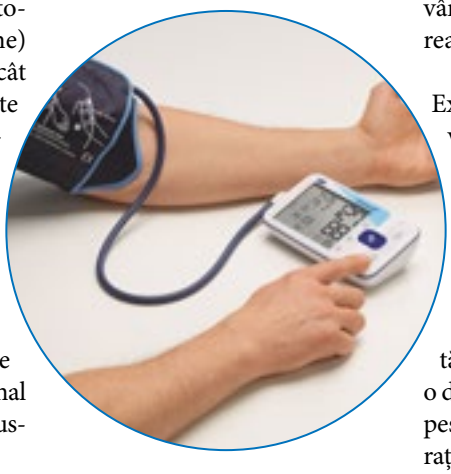
Monitorizarea ambulatorie pe 24 ore (holter tensiune) este mai reproductibilă decât măsurarea TA la cabinet, este mai indicată pentru aprecierea afectării de organe țintă și identifică fenomenele de HTA.

Conform ultimului ghid de screening, valoarea TA este optim a se verifica la 5 ani la tineri, la 3 ani dacă este normală, iar dacă este normal crescută anual sau în cazul suspicionării HTA mascate.

De ce tratăm HTA?

HTA a fost prima cauză de mortalitate prematură în 2015, fiind responsabilă de milioane de decese și de pierderea a peste 200 milioane de ani de viață ajustați pentru dizabilitate. Este o condiție care afectează peste 1 miliard de peroane, 150 milioane din acestea fiind în Europa centrală și de Est. Procentul de persoane afectate crește cu vârsta (prevalență peste 60% la persoanele peste 60 de ani).

HTA este rareori singura patologie a pacientului, ea este asociată des cu alți factori de risc, dislipidemie și intoleranță la glucoză, de aceea este important de evaluat riscul total cardiovascular al pacientului cu HTA. Sistemul SCORE estimează riscul la zece ani de a dezvolta un eveniment fatal aterosclerotic pentru persoanele peste 40 ani. Se ia în calcul vârstă, sex, fumat și nivelul de colesterol total și o serie de factori adiționali precum inactivitatea fizica, obezitatea și istoricul familial.



Pentru pacienții cu boală cardiovasculară, diabeticii sau cei cu valori ridicate ale factorilor de risc individuali (inclusiv HTA gradul III) sau cei cu boală cronica de rinichi stadiul III-V sunt considerați automat ca având risc ridicat, sau foarte ridicat, fără a mai calcula scorul SCORE.

O scădere a tensiunii arteriale sistolice cu 10mmHg sau o reducere a tensiunii arteriale diastolice cu 5 mmHg este asociată cu o reducere a evenimentelor cardiovasculare majore cu 20%, a mortalității de orice cauză cu 10-15%, a AVC cu 35%, a evenimentelor coronare cu 20% și a insuficienții cardiace cu 40%. În ciuda acestor rezultate, mai puțin de 50% din pacienții ajung la TA sub 140/80 mmHg în urma tratamentului pentru HTA.

Care este ținta tratamentului? Pentru toți pacienții, primul obiectiv al tratamentului este atingerea unei TA sub 140/90 mmHg. Pentru majoritatea pacienților, sub 65 de ani, valoarea finală urmărită este de sub 130/80 mmHg, pentru vârstnicii peste 80 de ani valoarea este cea tolerată.

Cum și când se tratează? Există două tipuri de intervenții recomandate, schimbarea stilului de viață și tratament farmacologic.

Schimbarea stilului de viață reprezintă exercițiu fizic aerobic regulat: cel puțin 30 min pe zi, 5-7 zile pe săptămână, încetarea fumatului, o dietă bogată în legume, fructe, pește, nuci și acizi grași nesaturați (ulei de măsline), restricția aportului de sare sub 5g pe zi, restricția consumului de alcool la sub 14 unități pe săptămână pentru bărbați, respectiv sub 9 unități pentru femei (o unitate de alcool = 10 ml alcool pur) și evitarea consumării unei cantități mari de alcool într-o perioadă scurtă de timp.

Controlul greutății corporale presupune atingerea unui indice de masă corporală între 20-25 kg/m2 și a unei circumferințe abdominale de sub 94 cm pentru bărbați și sub 80 cm pentru femei.

Bolile cardiace congenitale

Prevalența bolilor congenitale cardiace este de aproximativ 9 la 1.000 de nou-născuți. Se înregistrează o variație geografică importantă: în mod special scăderea lor în țările vestice dezvoltate datorată sceening-ului fetal și încheierii nașterii.

Prof. Dr. Carmen Ginghină
UMF „Carol Davila" București

Datorită evoluției medicale, chirurgicale și tehnologice în ultimele decenii mai mult de 90% dintre indivizii cu boli cardiace congenitale care se nasc supraviețuiesc ca adulți.

Voi trece în revistă bolile cardiace congenitale cu care ne întâlnim mai frecvent în practica medicală.

Defectul septal atrial cuprinde o treime din tipurile comune de boli cardiace congenitale (BCC) cu incidență de 56 la 100.000 nașterii-vii și o prevalență de 1,6 la 1.000 de nașteri.

Cu creșterea recunoașterii defectelor clinice silențioase prin ecocardiografie, estimarea recentă este de aproximativ 100 la 100.000 nașterii-vii.

Raportul bărbați/femei este de 1: 2.

Malformațiile asociate pot fi: stenoza pulmonară (10%), întoarcerea venoasă parțială anormală (7%), defectul septal ventricular (5%), ductul arterial patent (3%), boala valvulară mitrală (2%).

Defectul septal ventricular (DSV) este cea mai frecventă boală cardiacă congenitală la naștere (30-40%) cu o incidență estimată la 250 pentru 100.000 nașterii vii.

Utilizând ecocardiografia screening la noi născuți o incidență mai înaltă a fost raportată, în special la copiii prematuri.

O rată înaltă a închiderii spontane a DSV muscular s-a raportat la vâstă adultă.

DSV poate apărea și asociat ca anomalii genetice; în special în sindromul Down, sindromul Holt-Oram.

Defectul septal atrio-ventricular (DSAV) este de aproximativ 34,8 la 100.000 nașteri vii, reprezentând cea de-a doua leziune cardiacă congenitală comună.

Există o legătură strânsă între DSAV și sindromul Down.

Defectul arterial patent (DAP) este comun la copiii prematuri (45% la copiii cu greutate sub < 1750 g și 70-80% la cei cu greutate sub 1200 g). În jur de o treime din ducturile patente arteriale se închid spontan, chiar și la copiii cu greutate extrem de mică.

DAP se apreciază ca fiind prezent la 5-10% din anomaliile cardiace congenitale. Incidența medie a DAP la copiii este estimată la 56,7 per 100.000 nașteri vii.

Raportul bărbați/femei este de 1:3.

Obstrucția tractului de ejecție al ventriculului stâng și stenoza aortică

Incidența stenozei valvulare aortice la copiii nou-născuți este de aproximativ 0,4 la 1.000 copiii vii.

Stenoza subaortică poate fi familară, dar într-o seamă de cazuri ea rezulată din interacțiunea cu un număr de factori (cum ar fi un DSV și/sau un unghi aorto-septal care produce creșterea stresului peretelui septal).

Coarctația de aortă (CoAo) are o incidență de aproximativ 36 la 100.000 nou-născuți vii, fiind cea de-a șaptea formă comună de boală cardică congenitală, apărând la 5-7% din pacienți.

CoAo are o frecvență de 1,3-1,7 ori mai mare la bărbați.

Obstrucția căii de ieșire a ventriculului drept. Stenoza valvei pulmonare este a patra leziune congenitală a cordului, apărând la aproximativ 53 la 100.000 nașteri.

Frecvent ea este izolată; când valva este displazică, există o creștere a incidenței malformațiilor cardiace adiționale și a malformațiilor non-cardiace.

Obstrucția distală a valvei pulmonare poate apare la nivelul arterei pulmonare mari și/sau a ramurilor arterei pulmonare; aceste leziuni se găsesc la 2-3% dintre pacienții cu boli congenitale cardiace în asociere cu anomalii cardiovasculare variate.

Tetralogia Fallot (TF) este cel mai comun defect cardiac cianotic, cu o incidență de 32,6 la 100.000 nașteri.

Mortalitatea inițială în 1980 era în jur de 28%; ameliorările ulterioare în diagnostic, tehnicile anestezice și chirurgicale au avut un impact semnificativ asupra istoriei naturale a "reparării" TF – astfel încât acum există un număr mare de adulți cu TF reparată.

Aproxiamtiv 50 de sindroame sunt asociate cu TF.

Transpoziția marilor artere (TMA) are o incidență de 31,5 la 100.000 nașteri.

Este cel de-al zecelea defect congenital al cordului și a doua leziune cianotică comună după tetralogia Fallot.

Raportul bărbați/femei are o valoare de 2:1.

Recurența familială se produce în TMA; 10% din indivizi au alt defect congenital asociat.

Anomalia Ebstein (AE) este o tulburare rară care apare la 3-5% din nașterile vii, ajungând la o proporție de 0,38-0,50 din totalul bolilor cardiace congenitale.

Barbații si femeile sunt egal afectați.

Anomalia Ebstein este de asemenea o leziune intrinsecă în transpoziția corectată congenital de mari artere. Se găsește la 90% din autopsii.

Astfel – am trecut în revistă o parte a bolilor cardiace congenitale care sunt surse de hipertensiune pulmonară arterială – situate conform clasificării actuale în prima categorie a hipertensiunii arteriale pulmonare.

În medicină, 1000 de cazuri reușite pălesc în fața unui singur eșec

Dr. Dan Dumitrașcu, profesor la UMF "Iuliu Hațieganu" din Cluj-Napoca, Vice-Rector pentru relații internaționale și controlul calității, Șeful Departamentului 2 de Medicină internă din Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca

Care poate fi definiția erorii din actul medical?

Erorile medicale sunt omenești. Sunt acele acțiuni care se abat de la normele unanim acceptate la un moment dat, pentru că în timp, de-a lungul secolelor și în ultima vreme vorbim de decenii, medicina a făcut progrese mari. În urmă cu 100 de ani bolile se tratau cu medicamente care erau acceptate de lumea medicală la vremea aceea, dar azi, dacă am continua să prescriem acele terapii s-ar considera că suntem în eroare. Prin urmare, aș spune că eroarea este o abatere de la tratamentul normal al pacientului într-o anumită perioadă. Normalul pe care noi ne bazăm azi în tratamentul pacientului este acela dat de dovezi, trăim în epoca medicinei bazată pe dovezi. Tratamentul pacienților nu trebuie să se facă decât după dovezi și doar acolo unde acestea nu există, tratăm pacientul după experiență sau după flerul medical al fiecăruia.

Eroarea nu este totuna cu greșeala, deși noi le confundăm. Eroarea presupune o abatere sistematică de la corectitudine, pe când greșeala este o abatere accidentală de la corectitudine. În limbaj curent însă noi le suprapunem, cele două noțiuni.

Este eroare medicală oricând un pacient este nemulțumit?

Când pacientul este nemulțumit aceasta poate sau nu să fie consecința unei erori. Aici am putea vorbi mai degrabă de o eroare în comunicarea cu pacientul. Pacienții sunt frecvent nemulțumiți pentru că fie au alte așteptări de la actul medical sau au alte pretenții. Este de datoria medicilor să explice pacienților ce se poate face și ce nu se poate face, pentru că altfel pacienții pot fi nemulțumiți chiar și după un tratament ireproșabil din partea medicului. În România se întâmplă mai rar dar în Europa de vest și în America pacienții se declară nemulțumiți inclusiv pentru a obține eventuale despăgubiri de malpraxis din partea asiguratorului la care este afiliat medicul.

Care sunt erorile medicale posibile?

Sunt erori de diagnostic și erori de tratament. Erorile în diagnostic apar în mai multe situații, care țin de factori obiectivi și de factori subiectivi. Factorul obiectiv poate să fie cazul unei boli foarte rare, poate chiar o boală nouă, cum este cazul virusului Sars-Cov2, în care la început s-a crezut că este o pneumonie iar apoi s-a văzut că este o boală de sistem. Deci, uneori facem erori pentru că nu cunoaștem totul despre boala pacientului. Alteori, eroarea decurge din faptul că modul de prezentare a bolii este atipic și se întâmplă să atribuim un diagnostic unui pacient care de fapt are alt diagnostic dar boala s-a prezentat atipic și s-a interpretat greșit.

Erorile subiective aparțin medicului, de cele mai multe ori pentru că acesta nu și-a însușiit suficiente cunoștințe medicale. Din păcate, ne confruntăm în prezent cu deteriorarea calității pregătirii absolvenților de medicină din toată țara. Avem o inflație de facultăți de medicină și o inflație de studenți, peste care se suprapune o inflație de cadre medicale, toate acestea ducând la scăderea nivelului general de pregătire al medicilor proaspăt absolvenți. Dacă dorim să iasă medici pe bandă rulantă, aceștia vor fi inevitabil mai slab pregătiți. Deci, unele erori se datorează nivelului de pregătire deficitar. Alte erori sunt din cauza judecății greșite a unor informații, indicii legate de boala pacientului, informații care unui medic curios și grijuliu nu-i scapă, dar pe care alt medic mai dezinteresat și suficient nu le ia în considerare. În al 3-lea rând, se comit erori datorită personalității medicului, cum este cazul celor care vânează doar boli rare sau cancere sau care se preocupă în exces de o anumită patologie și în consecință o diagnostichează în exces. Sunt medici care au anumite convingeri, de exemplu, medici care cred că cele mai multe boli sunt cauzate de paraziți și de la această apreciere decurg foarte multe erori de diagnosticare și apoi de tratament.

Mai sunt erori subiective care uneori pot fi justificate. De exemplu, criza de timp, catastrofe naturale sau alte situații care generează aglomerări mari la medic, toate acestea producând o stare accentuată de oboseală, chiar epuizare a medicului, mai ales în gardă. În aceste cazuri, se produc greșeli de raționament sau de recunoaștere, fără ca medicul să fie slab pregătit, oboseala fiind un factor favorizant de eroare.

Cum pot fi evitate sau diminuate erorile?

Se spune că fiecare medic are colțul lui din cimitir. Personal, cred că erorile nu pot fi evitate. Important este ca medicul să înțeleagă și să-și asume o greșeală și să nu o repete. Totuși, nici măcar acest lucru nu se realizează întotdeauna: sunt medici care repetă toată viața aceleași greșeli. Doctotul Guyatt, părintele medicinei bazate pe dovezi, a afirmat că sunt medici care comit timp de 25 de ani în cariera lor aceeași eroare și o consideră experiență medicală. Deci, o cauză a unor greșeli repetate este aceea că unii medici tind să devină limitați, suficienți, nu citesc ce se mai întâmplă în lumea medicală, ca să afle care sunt progresele din medicină. O cauză a erorilor medicale este deci neîmprospătarea cunoștințelor, care inevitabil se uită sau se perimează. Un medic poate să știe multe lucruri cu care se confruntă mai des dar poate să uite cunoștințe de bază, dobândite în facultate, la materii la care poate a luat notă maximă. Aceste cunoștințe trebuie deci împrospătate și completate, reordonate periodic.

Deci, nu cred că se pot evita greșelile. Dar, trebuie să fim conștienți de acest lucru și, cu modestie și umilință, să încercăm mereu să le evităm, iar dacă totuși greșim, să recunoaștem, să acceptăm că am greșit, este un prim pas în a nu mai greși. Un medic trebuie să-și îmbunătățească permanent pregătirea, să se mențină permanent în formă, odihnit, sănătos, pentru că medicul, dacă el însuși este bolnav, nu poate să ia decizii bune. Medicul, pentru a reduce riscul de eroare, trebuie să realizeze un echilibru între timpul petrecut cu pacientul și timpul în care își actualizează cunoștințele medicale, pentru că medicina este într-un progres vertiginos.

Ce instituții veghează la verificarea și instruirea personalului medical?

Corpul medical încearcă să-și păstreze în formă membrii, profesioniștii sănătății, pentru a se evita greșelile. Pentru acest lucru, există colegiul medicilor care se preocupă de programele de educație continuă și le validează dar care și sancționează erorile, când apar. Dar, viața este diversă și nu totdeauna ce am întâlnit în cursurile de la facultate coincide cu ce se întâmplă în viața reală. Bolnavul din salon nu corespunde prototipului de bolnav din tratatul de medicină. Cu excepția unor semne patognomonice, mulți pacienți cu exact aceeași boală nu au exact aceleași simptome. De aceea, este nevoie să avem un algoritm de gândire și mai este importantă și experiența, care ne ajută să distingem între două cazuri aparent identice dar care de fapt pot fi foarte diferite. Experiența este foarte necesară în medicina bazată pe dovezi. Chiar dacă avem programe de pregătire continuă, conferințe în toată lumea, acum și online, tot acest schimb de informații și experiență pot să diminueze erorile medicale dar nu să le excludă complet.

Cum protejează legea medicul în caz de malpraxis?

Eu sunt medic și medicii se protejează între ei. De aceea, ceea ce spun acum va fi privit cu scepticism de către răuvoitori. Având în vedere că noi toți suntem conștienți că putem greși și tocmai pentru că știm asta, avem tendința să fim indulgenți cu medicii care comit greșeli neintenționat. Nu avem nicio indulgență când se fac erori din nepăsare, din nepricepere crasă.

Legea malpraxisului este corectă, pentru că protejează medicul în cazul unor erori cu care toți medicii se întâlnesc măcar o dată în carieră. Pe de altă parte, există această dorință a mass-mediei de a insista asupra greșelilor și, în schimb, de a menționa prea discret reușitele medicale, creînd per ansamblu impresia unui adevărat dezastru în sistemul sanitar. Orice știre despre un caz medical nefericit poziționează apriori medicul în poziția de vinovat, până să se vadă mai bine despre ce este vorba. Tendința de a blama pe medic este generală și asta de fapt înseamnă, de cele mai multe ori, lipsă de documentare din partea jurnaliștilor și foamea de senzațional. În antichitate, medicul era omorât dacă un pacient cu rang important nu putea fi salvat. În prezent, așteptăm o altă atitudine, atât din partea pacienților cât și din partea medicilor, care ar trebui să fie buni colegi cu medicul care poate a greșit. În România, conform statisticilor, medicii sunt invidiați dar în același timp sunt cel mai puțin respectați.

În medicină, 1000 de cazuri reușite pălesc în fața unui singur eșec?

Asta cam așa este. Un foarte bun ORL-ist din Cluj, care a operat cu succes 1000 de cazuri de diferite afecțiuni din sfera ORL, a avut nefericirea ca un singur pacient să-i moară datorită faptului că bolnavul avea un sept nazal foarte subțire, care s-a fisurat la operație. Aceste cazuri, extrem de rare, sunt accidente, nu erori medicale, însă doctorul a fost urmărit toată viața în justiție pentru această neșansă. De asemenea, un distins profesor de ginecologie, referindu-se la riscul de deces din sala de nașteri, spunea că oamenii trebuie să înțeleagă că nașterea este un act fiziologic cu risc mortal pentru mamă sau făt.

Hepatita cronică virală C: schimbări revoluționare, bariere și soluții adaptate contextului pandemic Sars-Cov-19

La nivel mondial, hepatita cronică virală C (HVC) este o problemă majoră de sănătate publică cu milioane de persoane infectate la nivel global. În 2020, Premiul Nobel pentru medicină a fost acordat cercetătorilor care au făcut în 1989 descoperiri fundamentale în identificarea virusului hepatitei C (VHC).

Prof. Univ. Dr.
Gheonea Dan Ionuț
Rector Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

De la hepatita non-A și non-B la hepatita C

În 1965 a fost identificat antigenul de suprafață al hepatitei B, cunoscut inițial sub numele de antigen australian. La acel moment acesta a fost considerat ca fiind cauza principală a hepatitei serice. În scopul prevenirii hepatitei post-transfuzionale, au fost dezvoltate teste sensibile pentru AgHBs. În acest fel, cazurile de hepatită post-transfuzională au fost reduse cu 50%. Cu toate acestea, chiar dacă pacienții au primit de la donatori numai sânge care a fost negativ AgHBs, au existat încă unele cazuri de hepatită.

Prima existență a unui virus hepatitic încă necunoscut a fost recunoscută pe deplin în 1975. S-a constatat că o mulțime de cazuri de hepatită asociată transfuziei nu se corelau cu cele două virusuri ale hepatitei cunoscute, astfel încât boala a fost descrisă ca hepatită „non-A, non-B". Din studiile efectuate pe cimpanzei, a reieșit că această nouă formă de hepatită a fost cel mai probabil cauzată de un agent mic învelit. S-a început un studiu în care hepatita „non-A, non-B" a fost tratată cu interferon (IFN). Rezultatele au arătat că nivelurile

serice ale transaminazelor au scăzut rapid la terapia cu IFN. În deceniul următor, în ciuda acestor constatări, au fost necesare cercetări cuprinzătoare de laborator pentru a dezvălui în cele din urmă agentul cauzator de boală. În 1989, a fost clonat și secvențiat genomul virusului și a fost numit virusul VHC. După aceste descoperiri, au fost elaborate teste sensibile pentru detectarea VHC și transfuzie de sânge au devenit mult mai sigure.

În 1993, analizele filogenetice au demonstrat că VHC ar putea fi clasificat în 6 genotipuri (GT) cu subtipuri importante. Subtipurile 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 4a, 5a și 6a sunt studiate în mod explicit, sunt bine definite la nivel mondial și pe grupuri specifice de populație. GT1 și GT3 sunt cele mai frecvente GT (46% și respectiv 30% din toate cazurile de HVC). Genotipurile 2, 4, 5 și 6 sunt raportate pentru 9%, 8%, 1% și 6%. GT7 a fost identificat în 2014, iar recent GT8 a fost găsit la 4 pacienți din India. Astăzi, determinarea exactă a GT și a subtipurilor sale ne oferă valori importante despre prevalența geografică în diferite țări și informații pentru tratamentul anti-VHC țintit. Mai mult, distribuția GT și a subtipurilor sale s-a schimbat în timp. Motivul ar fi emigrarea din regiuni cu distribuție genotipică diferită și abuzul de droguri intravenoase.

Deficitul de Magneziu și patologia digestivă

Deficitul de Magneziu (DM) este un fenomen ubiquitar care are, în principiu, două cauze majore: folosirea de îngrășăminte chimice și stresul. Se știe că nitrații și nitriții leagă Mg în sol, încât hrana vegetală este sărăcită în Mg și, deci, consecutiv și cea animală și ca atare cu toții trăim la limita DM. Al doilea factor este stresul sub toate formele sale: fizic (de ex. temperaturi extreme la locul de muncă), biologic (orice boală, chiar și o simplă viroză respiratorie constituie un stres pentru organism; sarcina și alăptarea la femei) și mai ales psihic, fie sub formă unică, puternică (ex. decesul cuiva drag, divorț, șomaj), fie sub formă repetitivă, cotidiană (servici, trafic etc). În țările subdezvoltate se adaugă la acești doi factori principali și subnutriția.

Conf. Univ. Dr.
Paul J. Porr
Clinica Polisano
MedLife Sibiu

DM apare la toate vârstele, de la sugar până la senior și este mai frecvent la femei (raport de 2:1). Bărbații au un mecanism de protecție care împiedică creșterea magneziuriei peste o anumită limită.

DM este un fenomen, din păcate, subdiagnosticat în România. Cauza principală este diversitatea manifestărilor clinice care, la rândul ei, se explică prin faptul că, ionul de Mg participă la toate procesele importante de membrană și este catalizatorul a peste 300 de reacții biochimice în organism, având, deci, o importanță deosebită în toate metabolismele. Manifestările clasice ale DM sunt cele neuromusculare la nivelul musculaturii striate, cunoscute sub formă de spasmofilie care, în general, sunt diagnosticate corect, dar uneori tratate incorect, punându-se pe seama doar a deficitului de Ca. DM se manifestă și la nivelul miocardului, de regulă sub forma diverselor tulburări de ritm.

DM se manifestă însă și la nivelul musculaturii netede, cum ar fi spasmul bronșic, cel faringian sau la nivelul vezicii

urinare, determinând vezica neurogenă sau enuresis.

În continuare se vor discuta efectele DM asupra musculaturii netede a tubului digestiv, a căilor biliare și a ficatului.

La nivelul esofagului DM determină spasm esofagian, manifestat sub formă de disfagie. Boala de reflux gastro-esofagian (BRGE)se poate datora unui DM, sau se poate agrava în prezența acestuia. Un studiu pe un lot de 50 de pacienți cu BRGE și DM arată că, tratamentul substitutiv exclusiv cu Mg a vindecat DM în toate cazurile și a dus la dispariția BRGE în 46%.

Mg are rol în secreția gastrică, inhibând-o pe aceasta. În DM, s-a putut corela prezența Helicobacter pylori cu valori scăzute al Mg gastric.

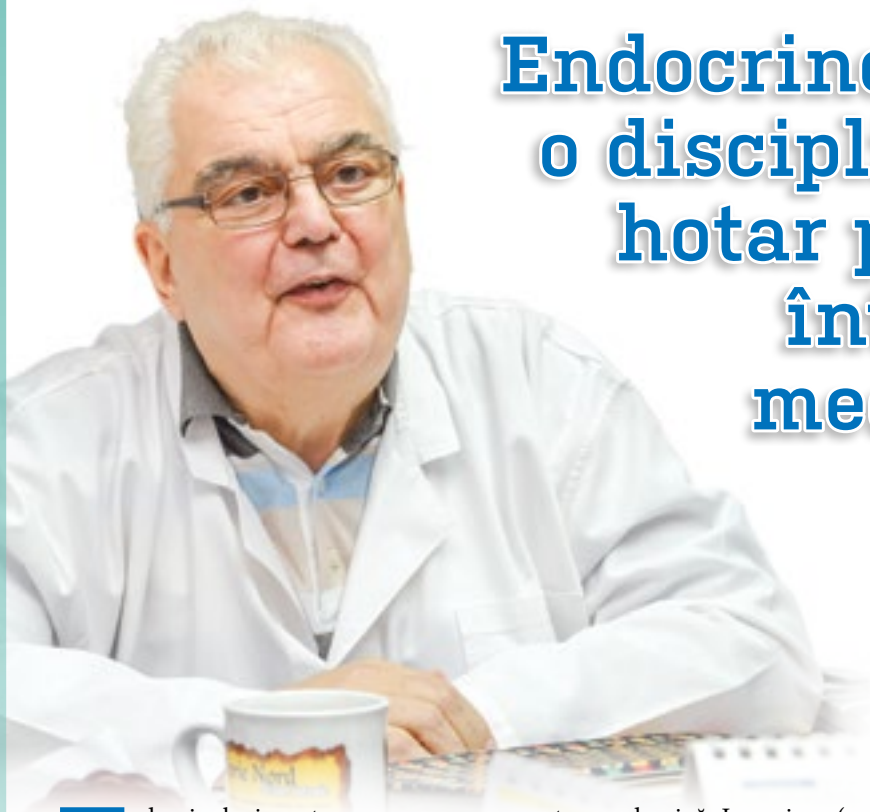
În sindromul de intestin iritabil care este o afecțiune cu o etiopatogeneză complexă și DM este un factor important. DM determină sau agravează spasmul la nivelul colonului și scade pragul de excitabilitate al celulelor, sporind astfel percepția durerii. DM are rol și în constipația cronică idiopatică și după unii autori chiar în colita ulceroasă și boala Crohn.

Diskinezia sfincterului Oddi este o altă afecțiune funcțională, în care DM are rol patogenetic, atât în simptomatologia digestivă, cât și în migrena biliară. Tratamentul substitutiv cu Mg în această afecțiune a dat rezultate pozitive în 61-95%. După colecistectomie în 20—30% reapar simptome biliare după luni sau ani, constituindu-se sindromul de postcolecistectomie. Și în aceste cazuri un tratament substitutiv cu Mg timp de 9 săptămâni și-a dovedit eficiența.

În boala cronică hepatică alcoolică DM este de asemenea implicat – în toate formele ale acesteia: steatoză, steatohepatită, fibroză și ciroză alcoolică, cât și în unele complicații ale acesteia. Se știe că, consumul cronic și exagerat de băuturi alcoolice crește magneziuria și în timp determină apariția DM aproape la toți bolnavii de etilism cronic. Acesta este agravat de o alimentație deficitară în cele mai multe cazuri, cât și de vărsăturile care pot fi prezente la alcoolici. Din acest motiv se indică un tratament substitutiv cu Mg în toate cazurile de etilism cronic. S-a observat că, deja o abstinență de 3 săptămâni poate normaliza valorile Mg seric. Și manifestările atribuite polineuropatiei toxico-carențiale frecvent sunt manifestări ale DM, sau cele două afecțiuni pot coexista. DM chiar întreține dependența de alcool, formându-se astfel un cerc vicios. În ceea ce privește crizele de delirium tremens, s-a observat că, dacă pe lângă tratamentul de detoxifiere se adaugă și Mg, pacienții tolerează mai ușor sevrajul.

O corelație interesantă s-a observat cu parazitozele digestive. Un DM, chiar tratat corect, nu se poate normalize în prezența unei parazitoze digestive. De aceea, în orice DM rebel la un tratament substitutive, administrat corect tebuie căutată și tratată mai întâi o parazitoză digestivă.

În concluzie se poate afirma că, în patologia digestivă DM nu are repercusiuni atât de grave ca în patologia cardio-vasculară, dar totuși o parte a patologiei funcționale digestive se datorează sau se intrică cu un DM. Dovada o constituie faptul că, aceste manifestări dispar după un tratament substitutiv corect cu Mg. Tratamentul corect constă în administrarea per oral de 500 mg Mg ionic/zi + 180 mg Ca ionic/zi + vitamină B6, timp de cel puțin 6 săptămâni.



Endocrinologia, o disciplină de hotar pentru întreaga medicină

Prof. dr. Constantin Dumitrache, medic primar endocrinolog, fost manager în Institutul Parhon timp de 18 ani

Endocrinologia este permanent în fruntea tuturor disciplinelor medicale, este acea disciplină integrativă, care este necesară tuturor specialităților. Deci, pe lângă că este o disciplină de sine stătătoare, este o disciplină de hotar pentru absolut întreaga medicină. Nu există specialitate care să nu aibă un mic loc pentru endocrinologie, un loc mic dar important, pentru că endocrinologia totdeauna și-a câștigat un loc de frunte. Endocrinologia determină sau contribuie la normalitatea metabolică și a tuturor proceselor biologice, indiferent pe care l-am lua în discuție: procesul de creștere și dezvoltare, procesul de sexualizare, procesul metabolic, patologiile autoimune, totul are participare sau reprezentare endocrină. Insist asupra acestui lucru pentru că n-am reușit, trebuie să fiu autocritic, să impunem endocrinologia la locul pe care ar trebui să-l aibă. Consider că studiul fiecărei specialități ar trebui ca să înceapă cu un curs de endocrinologie legat de acea specialitate. La nivel osos, în probleme de osteoporoză, endocrinologia își are aportul ei masiv. S-au pus probleme de sexologie și sexualizare (sunt lucruri diferite) și aici endocrinologia își are de asemenea rolul ei determinant.

Atât Institutul Parhon cât și catedrele de endocrinologie din țară, la Iași, Cluj (prof. Ileana Duncea) și Timișoara, unde au existat centre foarte puternice de endocrinologie, de asemenea centrele mai noi de la Craiova (prof. Bistriceanu) și Constanța (prof. Eduard Circo), au avut adevărați creatori de școală de endocrinologie. Sunt bucuros să aflu că și Brașovul și-a creat o echipă de endocrinologi puternică.

Aceasta este de natură să ajute inclusiv calitatea procesului de învățământ pe specialitatea endocrinologie, pentru care studenții vor avea ocazia de a face practică în spital, la patul pacientului. Pentru că altfel, este mult mai greu să explici studentului ce înseamnă exoftalmia dacă acesta nu vede pacienți cu exoftalmie.

Despre rețeaua de endocrinologi din țară, pot spune că aproape toate județele au endocrinologi, uneori chiar 2 medici endocrinologi.

Obezitatea și bolile endocrine

În prezent, obezitatea este definită ca fiind o "boala neurochimică", cu consecințe severe asupra stării de sănătate fizică și psiho-socială, care necesită o abordare complexă și individualizată de la caz la caz.

Dr. Diana Păun
Conf Univ. Disciplina de Endocrinologie din UMF "Carol Davila", București, este membru în Consiliul Științific din Institutul "C.I. Parhon" și Consilier de Stat pe probleme de Sănătate Publică

Obezitatea este caracterizată prin: dezechilibrul dintre input-ul și output-ul energetic, astfel încât ingestia de energie să fie mai mică decât consumul.

Pe lângă factori genetici, în etiopatogenia bolii intervin: aportul alimentar excesiv, stimularea cronică a axei hipotalamo-hipofizo-adrenale (HHA) prin stress, anxietate, depresie, sedentarismul, consumul de alcool, abandonarea fumatului, sarcina, lactația, pubertatea, menopauza, anumite medicamente: anticoncepționale, antidepresive dar și boli endocrine: hipotalamice, hipotiroidism, hipercorticism, hipogonadism, ovar polichistic, sindroame genetice.

Obezitatea centrală (androidă) are o valoare predictivă mult mai mare pentru riscurile viitoare de sănătate decât obezitatea ginoidă (obezitatea inferioară a corpului). Anomaliile endocrine promovează în general o distribuție centrală a grăsimilor. Chiar și la pacienții cu greutate normală, adipozitatea centrală este adesea asociată cu dezechilibre hormonale.

Pacienții cu obezitate centrală au secreție crescută de cortizol, care este însoțită de scăderea secreției de hormoni sexuali (progesteron la femei și testosteron la bărbați); aceaste anomalii hormonale afectează distribuția țesutului adipos și induc dezvoltarea insulino-rezistenței.

Stimularea cronică a axei HHA (prin stress cronic, alcool, fumat, depresie sau anxietate) poate fi primul pas în dezvoltarea obezității centrale.

La femeile cu obezitate centrală se remarcă niveluri ridicate de androgeni și niveluri scăzute de progesteron, care generează dereglări de ciclu menstrual și infertilitate. La bărbații cu obezitate centrală apar niveluri scăzute de testosteron care duc la disfuncție erectilă și rezistență la insulină.

Obezitatea din diferite boli endocrine apare în cadrul tabloului clinic și de obicei se remite prin terapia corectă a bolii de bază.

În hipotiroidie, obezitatea este consecința aportului alimentar scăzut, prin diminuarea apetitului și foamei, încetinirii metabolismului, retenției hidrice și impregnării muco-polizaharidice.

În sindromul Cushing apare o redistribuire facio-tronculară a grăsimii, în timp ce membrele rămân subțiri..

Obezitatea din hipogonadisme are câteva caracteristici: creșterea în greutate începe după pubertate, este lent progresivă, dar putând atinge valori importante. La ambele sexe, obezitatea e de tip ginoid: moale, pufoasă, cu răsfrângere în valuri flasce pe abdomen, pube, șolduri, tegumente palid-ceroase, cu pilozitate generală și sexuală diminuată sau absentă.

Obezitatea din sindromul ovarului polichistic (SOP) este o obezitate de tip android, fermă, elastică, fără cute, definită ca obezitate dureroasă. Clinicienii nu utilizează nici la ora actuală criterii uniforme de diagnostic al sindromului ovarului polichistic, ceea ce determină apariția unei heterogenități de fenotipuri. Diagnosticul de SOP are însă numeroase implicații pe termen lung, cu risc crescut de infertilitate, sindrom metabolic, diabet zaharat tip 2, si de boli cardiovasculare.

Dovezile sugerează că anomaliile endocrine se asociază pentru a promova o distribuție centrală a grăsimii, crescând riscul de a dezvolta diabet, dislipidemie, boli cardiovasculare și boli cronice.

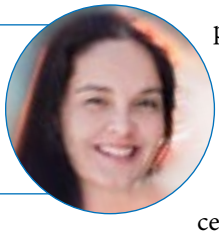
Obezitatea poate apărea în cadrul tabloului clinic a numeroase boli endocrine (hipotiroidie, hipercorticism, hipogonadism, sindrom al ovarului polichistic), asociindu-se de obicei cu o serie de complicații metabolice. Tratamentul specific al patologiei endocrine duce însă la normalizarea greutății corporale.

Inteligența artificială și reumatologia – un parteneriat în prezent și viitor?

„Orice pare imposibil înainte de a fi descoperit." Nelson Mandela

Inteligența artificială (IA) a devenit în secolul XXI și în special în era pandemiei SARS-CoV-2 un partener al cadrelor medicale. Inteligența artificială este capacitatea unei mașini de a reproduce/de a imita comportamentul uman precum: capacitatea de învățare, planificare, raționamentul, capacitatea de a rezolva probleme, creativitatea, manipularea, capacitatea de mișcare, capacitatea de percepție și de a reproduce cunoștințele înmagazinate.

Șef Lucrări
Dr. Monica Copotoiu
Medic primar reumatolog



Inteligența artificială în domeniul medical este fie încorporată – roboți medicali, drone, fie de tip software, reprezentată de motoare de căutare, programe de cuantificare în domeniul imagisticii, aplicații precum Rheuma Helper sau asistenți virtuali de tip „chat bots".

De ce IA și reumatologie? Răspunsul ar putea fi unul complex, dar obiectivele sunt simple, adică creșterea calității vieții pacientului prin oferirea unui tratament personalizat care ar putea fi realizat cu ajutorul capacității de sinteză a IA.

IA s-a impus inițial în domeniul patologiei musculo scheletale și neurologice cu ajutorul exoscheleților.

Piața roboticii cu destinația reabilitare medicală a luat amploare în ultimii ani. Aceasta implică atât eforturi fizice, psihice cât și financiare, atât ale pacientului și familiei acestuia cât și ale echipei de reabilitare robotică.

Recuperarea pacienților cu disfuncții neurologice dobândite, precum: leziuni spinale complete și incomplete sau atac vascular cerebral (AVC) a căpătat valențe noi cu introducerea robotizării în planul de recuperare, adică a exoscheleților robotici. Scopul principal al utilizării exoscheleților a fost ameliorarea calității vieții individului prin creșterea independenței acestora. În ciuda studiilor limitate ca număr de pacienți, beneficiile acestora au fost următoarele: ameliorarea parametrilor cardio metabolici, corectarea echilibrului, a mersului, posibilitatea pentru pacienții tetraplegici de a se ridica și a menține poziția de ortostatism precum și de a se angrena în mers, cu ameliorarea vitezei (ex. creșterea de la 0.1m/sec. la 0.7m/sec.), ameliorarea tonusului muscular, a sistemului osos, ameliorarea leziunilor de decubit și scăderea în greutate (creșterea în greutate este o consecință a imobilizării prelungite). Rezultatele obținute au fost un punct de referință în dezvoltarea de noi exoscheleți în reabilitarea medicală dar și a unor generații modificate ulterior pentru uzul propriu al pacientului.

Exoscheleții sau exoscheleții robotizați

Conform terminologiei anglo-saxone sunt unități robotice portabile sau de tip costum, controlate cu ajutorul unui software care manipulează un sistem pneumatic, motorizat de leviere sau hidraulic cu scopul de a restabili locomoția. Ei pot oferi independența dorită de pacienții cu leziuni spinale incomplete sau complete sau a pacienților care au suferit un atac vascular cerebral; aceștia fiind capabili să îndeplinească anumite activități individuale sau de zi cu zi (ex.: vizite medicale, cumpărături, întâlniri de socializare) ameliorându-și capacitatea fizicală.

Exoscheletul este un orga-

Există o varietate mare de exoscheleți robotici care se clasifică în funcție de:
membrul vizat de recuperat (membre superioare, membre inferioare, membre superioare și trunchi, tot corpul)
apartenență (individuală, academică, comercială și guvernamentală)
modul de control - utilizarea ca interfață a unei mașini (joystick, panou de comandă/butoane individuale, controlat de minte, senzori, fără control)
materialul utilizat (materiale rigide – metale, carbon și materiale flexibile – exocostum sau exoschelet ușor)
modul de alimentare (exoskeleți alimentați cu baterii – statici și dinamici și exoscheleți pasivi, pseudo-pasivi și hibrizi)
mobilitate (fixat sau mobil)

nism complex format din om, robot cuplate de inteligența umană și artificială.

Pe piața medicală există mai multe tipuri de exoscheleți, dar datorită costurilor ridicate, a lipsei de decontare din partea asigurărilor publice și private și a modelului/modului de implementare (antrenament specific din partea manipulatorului), momentan utilizarea lor este redusă. Acest lucru asociat cu limitarea studiilor de tip cohortă, cu design diferit care să sublinieze ameliorarea calității vieții și sănătății, nu ar trebui să fie descurajator în introducerea acestei proceduri în recomandările de reabilitare a pacienților cu diferite deficite neuro-musculoscheletale.

Exoscheleții dedicați recuperării trenului posterior, a membrelor inferioare sunt cei mai răspândiți. Ei au fost dezvoltați pentru: a reabilita mersul (ex. îmbunătățirea forței musculare, a motricității și a mersului); a asista mersul (ex. pacienți cu absența sau deficitul funcției motorii și/sau senzitive a membrelor inferioare – recâștigarea asistată a capacității de a se ridica, de a se așeza, de a merge); a augmenta capacitatea fizică (ex. creșterea forței musculare).

Exoscheleții pot fi utilizați pentru: reabilitarea mersului (Lokomat, ALEX, ExoGT), asistarea mersului (ReWalk, Vanderbilt, CHUK-EXO, SuitX Phoenix), augmentarea forței musculare (BLEEX, Exohiker, ExoClimber, Human Universal Load Carrier, HAL, HEXAR).

Majoritatea afecțiunilor reumatologice sunt caracterizate de inflamație și/sau imunitate care asociază o patofiziologie complexă responsabilă de evoluția imprevizibilă a acestora. Introducerea învățării automate (IA) – machine learning, o ramură a IA adică a utilizării unor programe informatice capabile de a simula/genera o evoluție și de a identifica factorii de risc coroborând datele obiective și subiective ale pacientului cu literatura de specialitate o reprezintă verosimil viitorul managementului reumatologic.

Protecție antivirală direct la poarta de intrare

Infecțiile virale se transmit în general pe cale aeriană sau prin contact cu suprafețele infectate. Iar virusul se multiplică în mucoasa nazală și faringiană. Faringele este primul organ cu rol de barieră împotriva infecțiilor respiratorii. De aceea, ne putem proteja faringele prin aplicarea de produse naturale cu rol antiinflamator și antiviral și de stimulare a sintezei de anticorpi în țesutul limfatic.

Sprayul Antiviral de la 3F Plantamed conține o combinație de extracte naturale din scoarță de stejar (din care se extrage quercetina) și rădăcină de lemn dulce (din care se extrage glicirizina).

Ce este glicirizina

Glicirizina este principalul ingredient activ al rădăcinii de lemn dulce. Nenumărate studii de medicină experimentală și de laborator au demonstrat incredibila capacitate a principiilor active din lemnul-dulce de a stimula imunitatea pe trei căi simultan.

- Stimulează producția de celule ale sistemului imunitar.
- Activează celulele cu rol în imunitate deja existente.
- Stimulează producția de anticorpi.

Studiile care afirmă eficacitatea înaltă a acidului gliciretic împotriva virusurilor au fost publicate în cea mai renumită revistă medicală „The Lancet", în 2003. Conform cercetărilor, substanțele nu doar că împiedică penetrarea virușilor în celulele corpului, ci atacă în mod direct „oaspeții nedoriți".

Ce este quercitina

Pe lângă modularea imunității quercetina oferă beneficii în combaterea infecțiilor virale și bacteriene. S-a demonstrat că quercetina poate bloca replicarea rinovirusului (responsabil pentru majoritatea răcelilor obișnuite) și a virusului gripei de tip A. De asemenea virusul sinciţial respirator și adenovirusul, printre altele, au fost inhibate de quercetină.

De ce Spray Antiviral de la Plantamed

De aceea recomandăm Spray Antiviral de la 3Fplantamed. Scoarţa de stejar are un efect antiinflamator, astringent și antiviral. Iar rădăcina de lemn dulce inhibă aderența virală. În plus, dexpanthenolul din compoziția spray-ului stimulează cicatrizarea și vindecarea mucoasei bucale. Se recomandă pentru toată familia în perioadele de epidemie împreună cu tabletele masticabile de Esberitox sau în cure de imunizare înaintea sezonului răcelilor și gripelor.

Toate produsele 3F PLANTAMED le găsiţi în farmacii sau, la preţ de importator, cu un singur click, aici www.farmaciile3f.ro

1 MILION DE ROMÂNI SUFERĂ DE ASTM

E TIMPUL SĂ TRATĂM DIFERIT ASTMUL

www.viatacuastm.ro

RO-9545/10.2021

O CAMPANIE: COPAC Coalitia Organizatiilor Pacientilor cu Afectiuni Cronice din Romania · APAA Asociatia Pacientilor cu Afectiuni Autoimune · SRP Societatea Romana de PNEUMOLOGIE

CU SPRIJINUL: AstraZeneca

VEDRA INTERNATIONAL

ENGELHARD ARZNEIMITTEL

Nisita®

SPRAY ŞI UNGUENT

TANDREȚE ŞI IGIENĂ PENTRU UN NAS SĂNĂTOS

Potrivit pentru femei gravide şi sugari
Nisita®

Menține gradul de hidratare al mucoasei nazale şi acționează ca un filtru pentru potențialii agenți iritanți:

- **virusuri;**
- **bacterii;**
- **alergeni.**

De ce Nisita®:

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