

## MEDICAL MARKET

# Geriatric Gerontologie

20 de ani de  
presă medicală sub  
eghida Fin Watch



Prof. Univ. Dr. Gabriel  
Ioan Prada

Președintele Societății Naționale  
de Gerontologie și Geriatrie



Dr. Rozeta Drăghici

Doctor în Psihologie,  
Președinte Asociația Română  
de Psihologie Clinică



Șef Lucrări Dr. Anna  
Marie Herghelegiu

Medic primar Geriatrie și  
Gerontologie, UMF „Carol Davila”



Prof. Univ.  
Dr. Carol Stanciu

Membru de onoare  
al Academiei Medicale Române



Șef Lucrări Dr. Georgiana  
Ozana Tache

Medic primar recuperare medicală,  
UMF „Carol Davila”



Dr. Farm. Speranța Prada

Președinte  
fundația „Ana Aslan”



Prof. Univ.  
Dr. Dumitru Matei

UMF „Carol Davila”

Revista profesioniștilor din Sănătate

2019 - 2020

### Motto: “Sprijinim Viața Activă”

Furnizăm dispozitive medicale ale unor producători renumiți în domeniul urologiei, pentru recuperarea sau înlocuirea unor deficiențe urologice. Credem cu tărie în produsele de calitate: catherine, sonde, saci de urină, plase pentru vezică, pentru diverse necesități, pe care le distribuim la nivel național.



MARIUS STRATULAT  
General Manager

+40 742 126 816

msnexpert@outlook.com

www.ajutaviata.ro/msn

Monumentului 42, Vidra, IF

[www.ajutaviata.ro/msn](http://www.ajutaviata.ro/msn)

**Medical Services For Neurology Srl**  
Str. Monumentului, nr 42, Vidra, Ilfov;  
telefon: 0742126816



Publicație adresată  
cadrelor medicale



# Arlevert®

Sinergie pentru un echilibru perfect

cinarizină 20 mg și dimenhidrinat 40 mg

DENUMIREA COMERCIALĂ: ARLEVERT®

COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ: Un comprimat conține cinarizină 20 mg și dimenhidrinat 40 mg.

**INDICAȚII TERAPEUTICE:** Vertij de diferite etiologii. **DOZE ȘI MOD DE ADMINISTRARE:** Doza zilnică recomandată este de câte un comprimat Arlevert de 3 ori pe zi, administrat după mese, fără a fi mestecat, cu o cantitate suficientă de lichid. La începutul tratamentului și în cazurile grave, doza poate fi crescută până la maximum 5 comprimate Arlevert pe zi. Administrarea Arlevert poate fi necesară o perioadă îndelungată. **CONTRAINDICAȚII:** Administrarea Arlevert este contraindicată în caz de: intoxicații acute, convulsii, suspiciunea existenței unor formațiuni intracraniene înlocuitoare de spațiu, glaucom cu unghi închis, adenom de prostată ce determină retenție urinară, consum de etanol, tratament cu antibiotice aminoglicozidice, prematuri sau nou-născuți, sarcină, alăptare. **ATENȚIONĂRI ȘI PRECAUȚII SPECIALE:** Administrarea Arlevert la pacienții cu boală Parkinson trebuie făcută cu precauție. **INTERACȚIUNI CU ALTE PRODUSE MEDICAMENTOASE, ALTE INTERACȚIUNI:** Arlevert nu trebuie administrat în asocieră cu inhibitorii monoaminooxidazei. Reacțiile adverse anticolinergice sunt potențate de administrarea concomitentă a antidepresivelor triciclice și a parasimpatoliticelor. Medicamentele cu acțiune deprimantă asupra sistemului nervos central și etanolul pot potența efectele deprimante centrale ale Arlevert. Administrarea concomitentă a medicamentelor ce cresc tensiunea arterială sau a antihipertensivelor trebuie făcută cu precauție. Sunt necesare monitorizarea tensiunii arteriale și ajustarea dozei administrate. Efectul procarbazinei este potențat. Efectele glucocorticoizilor și heparinei pot fi diminuate. Arlevert diminuează tulburările de motilitate induse de fenotiazină (sindrom extrapiramidal). **REAȚII ADVERSE:** În timpul administrării Arlevert pot să apară, mai puțin frecvent, sedare, tulburări neurologice centrale, xerostomie, micțiune dificilă, tulburări vizuale, glaucom (glaucom cu unghi îngust) precum și reacții de hipersensibilitate (de exemplu reacții cutanate), rareori, tulburări gastro-intestinale, cefalee și transpirații și, foarte rar, lupus eritematos și lichen plan. În cazuri izolate pot să apară agranulocitoză și leucopenie reversibile. În cazuri rare pot să apară tulburări ale mișcărilor automate (ale sistemului extrapiramidal) precum tremor, creșterea tonusului muscular, hipokinezie; acestea apar mai ales la vârstnici, după administrarea unor doze mai mari, de exemplu peste 150 mg cinarizină pe zi (doza zilnică maximă recomandată de 5 comprimate Arlevert conține 100 mg cinarizină). În acest caz tratamentul trebuie întrerupt și medicul va decide dacă va fi reluat ulterior cu o doză redusă. La copii, mai ales în caz de supradozaj, pot să apară semne de excitație centrală. **RAPORTAREA REACȚIILOR ADVERSE SUSPECTATE** Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale. **DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ:** Hennig Arzneimittel GmbH & Co. KG Liebigstrasse 1-2, 65439 Flörsheim am Main, Germania **NUMĂRUL APP:** 11458/2019/01-02-03-04-05-06 **DATA AUTORIZĂRII SAU A ULTIMEI REAUTORIZĂRI:** Reautorizare, Februarie 2019 **DATA REVIZUIRII TEXTULUI:** Februarie 2019 Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală P-RF. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații suplimentare vă rugăm consultați RCP sau contactați reprezentantul local al DAPP - EWOPHARMA AG ROMÂNIA cu datele de contact.

ARL/23/2019/RO



Ewopharma AG Reprezentantă în România |  
Bdul Primăverii Nr. 19-21, Etaj 1, sector 1, 011972 București |  
T: +4021 260 1344 | Fax: +4021 202 9327 |  
Farmacovigilență: +40374 204 839  
info@ewopharma.ro | pharmacovigilance@ewopharma.ro



# Maxi Move

## Lift pasiv mobil pentru toate mediile de îngrijire



Maxi Move este **cel mai complet sistem mobil de ridicare disponibil** - un succes dovedit în mediile de îngrijire din întreaga lume.

Oferă **două caracteristici unice** - SVS (Sistem Verical Stabil) și DPS (Sistem Dinamic de Poziționare), care împreună asigură cea mai sigură și confortabilă bază pentru transferuri complete- de la ridicarea inițială până la reglarea fină a poziției pacientului.

**Un singur îngrijitor** administrează în siguranță o gamă largă de rutine de tratare a pacientului.

**Flexibil, stabil și fiabil**, Maxi Move este **cel mai bine echipat lift** pentru utilizare intensivă în medii exigente de îngrijire.

- Gestionează sarcini de rutină: ridicarea, transferul și re poziționarea pacienților din centre de îngrijire a vârstnicilor, spitale și alte tipuri de unități medicale
- Se adaptează rapid pentru pacienți sau tipuri diferite de îngrijire - ideal pentru unități cu un spectru larg de vârste, înălțimi și greutate ale pacientului (de la copii la pacienți bariatrici până la 227 kg)
- Poate fi utilizat în situații neprevăzute - ridicarea unui pacient în siguranță în eventualitatea unei căderi
- Poate fi transformat în targă - cea mai bună alegere pentru ridicarea pacienților în centrele de îngrijirea acută.
- Poate fi echipat cu un braț extins pentru transferuri optime către și de la scaune cu rotile
- Poate fi dotat cu o bară de susținere în două puncte și o bandulieră de re poziționare sigură și ușoară pentru re poziționarea pacienților în pat
- Poate fi utilizat cu banduliere standard sau speciale (bariatrice, pentru amputați, cu buclă) pentru o serie de rutine precum: toaletare, igienizare, îngrijirea plăgilor.







Editor  
Calea Rahovei, nr. 266-268,  
Sector 5, București,  
Electromagnetica Business Park,  
Corp 60, et. 1, cam. 19  
Tel: 021.321.61.23  
e-mail: [redactie@finwatch.ro](mailto:redactie@finwatch.ro)

ISSN 2286 - 3443



„Creșterea numărului de medici rezidenți în specialitatea de geriatrie și gerontologie trebuie corelată cu necesitatea înființării unei rețele de asistență medicală dedicată pacienților vârstnici” <b>Interviu realizat cu domnul Prof. dr. Gabriel Ioan Prada</b>	5
Îmbătrânirea activă corelează mult mai bine cu longevitatea și speranța de viață <b>Dr. Rozeta Drăghici</b>	6
Constipația <b>Dr. Dumitru Matei, Dr. Mihaela Adela Iancu</b>	8
Combi-nația de Seleniu și Coenzima Q10 care poate salva vieți și poate da inimii un ajutor natural <b>Dr. Cristina Tomescu</b>	12
Boala artrozică pe înțelesul tuturor <b>Dr. Anna Marie Herghelegiu</b>	14
Boala Parkinson - rolul și beneficiile exercițiului fizic <b>Dr. Georgiana Ozana Tache</b>	20
Durerea lombară cronică și tulburările depresive secundare. Cum putem interveni? <b>Iliescu Mădălina Gabriela, Lupu Andreea Alexandra</b>	26
Populația vârstnică și sistemul de sănătate <b>Prof. Univ. Dr. Carol Stanciu, As. Univ. Dr. Ștefan Brăila</b>	28
Cum facem diferența între medicamente și suplimente alimentare? - <b>Dr. farm. Speranța Prada</b>	32

## „Creșterea numărului de medici rezidenți în specialitatea de geriatrie și gerontologie trebuie corelată cu necesitatea înființării unei rețele de asistență medicală dedicată pacienților vârstnici”

Interviu realizat cu domnul Prof. dr. Gabriel Ioan Prada, Președintele Societății Române de Gerontologie și Geriatrie.



Stimate domnule profesor, congresul de anul acesta are tema "Capacitatea Intrinsecă a Vârstnicului și Longevitatea Activă". Care sunt problemele abordate în congres referitoare la această temă?

Frecvent la persoanele în vârstă este mult mai importantă menținerea adecvată a funcționalității și mai puțin prezența sau absența unei afecțiuni. Evaluările complexe ale funcționalității vârstnicilor sunt predictorii mult mai buni în ceea ce privește supraviețuirea și alte evoluții ulterioare comparativ cu prezența unor boli sau chiar cu încărcătura morbidă. Capacitatea intrinsecă a vârstnicului este definită drept cumulul tuturor capacităților fizice și mentale (inclusiv psihosociale) pe care persoana respectivă le poate mobiliza în orice moment. Se estimează că între 15% și 35% dintre persoanele cu vârste de peste 75 de ani din Europa necesită o anumită formă de asistență în îndeplinirea activităților cotidiene bazale și ale acelor complexe, ele reprezentând măsuri ale funcționalității. Capacitatea intrinsecă face legătura dintre sindromul de fragilitate și capacitatea de refacere a persoanelor de peste 65 de ani. Vor fi prezentate teme legate de: bolile reumatice inflamatorii la vârstnici; de paradigme noi în managementul osteoporozei; terapia antihipertensivă la vârstnici conform ultimelor recomandări ale ghidurilor; particularități ale utilizării agenților antineoplazici la vârstnici; chestiuni conceptuale legate de longevitatea activă și refacere la persoanele de peste 65 de ani; perspectiva dinamicii populației vârstnice și a geriatriei românești în context european; probleme legate de farmacologie și farmacoterapie la vârstnici, inclusiv cele legate de Terapia Aslan; utilizarea tehnologiilor mo-

derne la vârstnici; problematica abuzului față de vârstnici; menținerea condiției fizice în contextul durerii și al fragilității vârstnicului; aspecte legate de carența de vitamina D cu impactul său asupra autoimunității tiroidiene la femeile vârstnice; particularități microchirurgicale la anevrismele intracraniene; rehabilitarea auditivă și vizuală la șoferul vârstnic; determinanți genetici ai longevității umane.

În cadrul congresului va avea loc o sesiune de comunicări a tinerilor medici geriatri. Considerați că în ultima vreme există o creștere a numărului medicilor tineri care aleg această specializare?

Congresul Național de Geriatrie și Gerontologie oferă un cadru organizat pentru ca tinerii medici și cercetători preocupați de problematica vârstnicului să afle noutăți legate de abordările specifice acestui grup populațional. Vor fi prezentate experiențe legate de diverse cazuri clinice, rezultatele unor studii efectuate în centrele universitare din întreaga țară. În ultimii ani s-a constatat o ușoară creștere a numărului de medici rezidenți în specialitatea de geriatrie și gerontologie, dar acest aspect trebuie corelat cu necesitatea înființării unei rețele de asistență medicală dedicată pacienților vârstnici. Existența unei astfel de rețele de tip ambulator ar oferi posibilitatea unei abordări active și profilactice a patologiei persoanelor de peste 65 de ani.

Se cunoaște faptul că familiile persoanelor vârstnice trebuie să facă față unor provocări mari ca să poată asigura acestora un mod de viață decent, în ceea ce privește îngrijirea lor. Cum vedeți în viitor găsirea unor soluții în aceste situații?

Aceste provocări legate de fenomenul de îmbătrânire demografică se adresează nu doar familiilor, ci și întregului sistem sanitar și serviciilor sociale. S-a constatat de mult că vârstnicii sunt principalii utilizatori ai serviciilor medicale. Din acest motiv este necesară o schimbare de abordare mai ales în cazul vârstnicilor. Este foarte important să crească accentul pe aspectele preventive. Prevenția la vârstnici poate fi înțeleasă în mod complex: prevenirea evoluției bolilor spre fazele avansate, prevenirea apariției complicațiilor bolilor existente, dar și preveni-

rea instalării unor boli noi. Aceste probleme sunt foarte importante și pentru realizarea lor este necesar un sistem coerent care să se bazeze pe medicina de familie și care să asigure o concurență eficientă a tuturor specialiștilor implicați în îngrijirea vârstnicilor, inclusiv a medicilor geriatri. Nu trebuie neglijate și aspectele sociale, precum și cele legate de asigurarea unui mediu de existență adaptat tuturor vârstelor.

Considerați că medicii de familie ar trebui să aibă o pregătire suplimentară privind abordarea pacienților vârstnici?

Medicii având orice specialitate trebuie să fie sensibilizați cu privire la specificul acordării asistenței medicale la persoanele de peste 65 de ani. Pregătirea poate fi obținută și în cursul perioadei de rezidențiat, dar și prin participarea la manifestări științifice și de educație medicală continuă având ca tematică problematica vârstnicului. Desigur că fiecare își formează și o experiență personală, dar ea trebuie completată cu abordările cele mai noi la nivel național și internațional.

Având în vedere că în Europa, în general, crește numărul persoanelor vârstnice, cum este abordată problema îngrijirii acestui grup populațional în alte țări? Există anumite modele din care am putea să ne inspirăm?

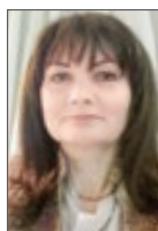
Asistența medicală acordată persoanelor vârstnice este foarte variabilă la nivelul Europei. Unele țări, precum Marea Britanie, Belgia, Franța au un sistem coerent și foarte bine pus la punct. Există modele foarte bune de practică medicală în care se știe exact când și cum să se apeleze la serviciile de geriatrie. De asemenea, aceste servicii de geriatrie sunt concepute într-un sistem progresiv de acordare a asistenței medicale, în funcție de problematica specifică a pacientului vârstnic. Astfel există sisteme de asistență de tip ambulator, dar și de îngrijire acută și subacută, precum și de lungă durată.

Desigur că un astfel de sistem de geriatrie trebuie să fie adaptat la condițiile noastre socio-economice pentru a se obține maximum de rezultate cu minimum de utilizare a resurselor disponibile

**Multumesc pentru timpul acordat, vă urez succes în continuare.**

# Îmbătrânirea activă corelează mult mai bine cu longevitatea și speranța de viață

Îmbătrânirea normală se referă la un nivel al performanțelor, al activității și a stării de sănătate care corespunde majorității populației vârstnice. Îmbătrânirea activă înseamnă înaintarea în vârstă în condiții optime de sănătate, un rol activ în societate și împlinirea pe plan profesional, dar și autonomie în viața de zi cu zi și implicare în activități civice. Indiferent de vârstă, putem avea un rol important în societate și ne putem bucura de un bun nivel de trai, chiar și la vârste înaintate. Provocarea constă în a folosi la maxim potențialul enorm de care vârstnicii dispun.



Dr. Rozeta Drăghici

Cercetător Științific II – Psiholog PhD la Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan” București, lector asociat Universitatea București, Psiholog principal în psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie Cabinet Individual de Psihologie, președinte al Asociației Române de Psihologie Clinică

**G**erontopsihologia are menirea pregătirii unei senescențe active și demne. Cercetările gerontologice au demonstrat influența favorabilă asupra bătrâneții, asupra prelungirii vieții active, a diferitelor forme de activitate socială. S-a constatat că involuția intelectuală, diminuarea facultăților mintale nu se datorează numai pierderii de celule nervoase sau îmbătrânirii acestora (senilitate), ci în 70% din cazuri această stare este produsă de pierderea antrenamentului intelectual, prin „neexersarea”, creierului, prin izolarea persoanei vârstnice și a pierderii contactului cu problemele vieții care îi pot solicita permanent gândirea, judecata și activitatea intelectuală.

Desigur, există destule persoane în vârstă care reușesc să-și conserve luciditatea și echilibrul psihic general și rămân active, cooperante, deschise la nou, se păstrează pe un palier de bună adaptare vreme îndelungată. Nu există oameni cu o absență a îmbătrânirii psihologice, dar există persoane care chiar la vârstele cele mai avansate păstrează o bună adaptabilitate a funcțiilor psihice.

Modalitățile de trăire a timpului la vârsta înaintată, variază în funcție de starea ti-

mică și de trăsăturile personalității. Persoanele vârstnice active, trăind cu teama de a nu-și termina proiectele, au impresia accelerării timpului. Persoanele depresive, izolate, lipsite de ocupație trăiesc, dimpotrivă, un sentiment de încetinire a timpului.

Înaintarea în vârstă reduce contactele sociale extrafamiliale (profesionale și culturale) și, prin urmare, relațiile familiale ajung să ocupe locul cel mai însemnat. Relațiile interpersonale din familie sunt deosebit de importante pentru echilibrul psihic al persoanelor vârstnice, chiar simpla apartenență la un mediu familial constituie un factor pozitiv în menținerea sănătății mentale.

Omul fiind o ființă integrată în mediul social, psihismul său va exprima interacțiunile sale cu acest mediu. În îmbătrânire survin dereglări de integrare din cauze diferite: schimbări de rol-statusuri, lipsa de înțelegere a anturajului, scăderea capacității de adaptare a vârstnicului, toate acestea având ecou la nivelul psihismului. Schimbările, în raporturile persoanei vârstnice cu societatea, au importante efecte psihologice și, de asemenea, un răsunet important asupra stării sale de sănătate.

Îmbătrânirea demografică presupune o serie de provocări: pentru piața muncii, pentru sistemele de sănătate, dar și pentru calitatea vieții după pensionare. Prin încetarea activității profesionale, dezangajarea socială a vârstnicului (încetare, de regulă, bruscă, fără o pregătire în perioada preretragerii) are loc o nivelare socială, persoana vârstnică își pierde sentimentul de utilitate socială, pierde rolul social activ, pierdere ce se constituie într-un stres care acționează ca un veritabil agent patogen generând în multe cazuri ceea ce s-a numit „patologie de retragere”.

Demisia din viața activă impusă de societate, firească, dar aplicată fără o pre-

gătire adecvată, este echivalentă pentru unele persoane (în special pentru bărbați) cu o dramă, cu o “moarte socială”. La pierderea rolului social productiv se adaugă pierderea prestigiului social câștigat de-a lungul anilor, pierderea de roluri și statute în familie (marginalizarea vârstnicului), prin urmare alți factori psihosociali cu efect stresant și senectogen. Pregătirea psihică pentru acceptarea și adaptarea la pensionare presupune etape sintetizate în:

- faza de prepensionare, în care cei activi sunt sprijiniți emoțional pentru a accepta ideea retragerii - familiarizarea cu ideea pensionării.
- faza imediat următoare pensionării, în care persoana își recapătă plăcerea de a petrece timpul satisfăcându-și unele hobby-uri - excursii, sporturi, colecții, dar și alte preocupări - creșterea nepoților etc.

Criza intereselor se exprima ca o antrenare mai mare pe primul plan a dorințelor latente culturale și de loisir-uri. Casa, caminul, își recapătă centrul de greutate. Incep să se organizeze hobby-uri. Adaptarea la situația de a fi pensionar înseamnă a găsi o variantă prin care persoana să-și satisfacă necesitatea de a fi activă din punct de vedere social, adică reorientarea vârstnicilor spre activități care să permită obținerea satisfacțiilor emoționale și financiare prin exersarea tuturor abilităților deținute.

A-ți accepta îmbătrânirea și a o pozitivă permite să reușești mai bine și este de datorie persoanelor în vârstă de a schimba imaginea negativă pe care societatea o poate avea despre ele.

Ce putem face în această situație? Să promovăm un mediu de viață în care „a îmbătrâni” nu este sinonim cu „a fi dependent de ceilalți” – pe scurt, „îmbătrânirea activă” să devină o realitate pentru noi toți!





Prof. Dr. A. Aslan

**GEROVITAL®**

H<sub>3</sub>

DERMA+

PHARMACEUTICAL CONCEPT

**NOU**

## CREMĂ ANTIRID EMOLIENTĂ SPF 30

Ten uscat, ridat

Riduri diminuate, protecție avansată UV

### Ingredientele active asociate

- ◆ **Filtrele soare minerale și sintetice de ultimă generație**  
asigură o protecție ridicată și echilibrată împotriva radiațiilor UVA și UVB
- ◆ **Complexul de uleiuri și grăsimi naturale (unt shea, unt de cacao, ulei de orez, uleiuri vegetale hidrogenate)**  
Restaurează bariera hidro-lipidică protectoare a pielii, contribuind la o bună emolieră a tenurilor sensibile, deshidratate.
- ◆ **Sepilift® DPHP**  
Constituie o sursă de aminoacizi necesari sintezei de noi fibre de colagen și elastină.
- ◆ **Complexul Ferulan și vitamina E**  
Previn degradările oxidative la nivel celular, ameliorează schimbul de oxigen din țesuturi, asigură protecția pielii împotriva efectelor distructive ale poluării și radiațiilor UV și calmează eritemele solare.

TESTAT DERMATOLOGIC

**0%** FĂRĂ PARFUM



www.farmec.ro



30 ml.

# Constipația

Constipația este un simptom pentru care pacienții se adresează frecvent medicului de familie. Pentru a defini constipația nu este suficient să utilizăm criteriul frecvenței scaunelor, trebuie considerate și senzațiile subiective de efort de defecație, defecație dureroasă, defecație incompletă, scaun „prea tare” sau „prea mic”<sup>[1]</sup>.



Profesor universitar  
Dr. Dumitru Matei

Universitatea de Medicină  
și Farmacie Carol Davila, București,  
Institutul Național pentru Sănătatea  
Mamei și Copilului Alesandrescu-  
Rusescu, București

Șef lucrări Dr. Mihaela Adela Iancu

Universitatea de Medicină  
și Farmacie Carol Davila, București,  
Cabinet medical individual medicină de familie

**N**umărul normal de scaune este foarte variabil, variind de la 7 scaune pe zi la sugarul alimentat la sân până la 1 scaun la 2-3 zile la adult. Etiologia este variată, prin alterarea mecanismului de secreție sau de progresie. Cauzele cele mai frecvent întâlnite sunt reprezentate de megadolicolonul (sigmoid), volvulus intestinal, diverticuloză, corp străin, boala Hirschsprung sau megacolonul aganglionar congenital, agenezie de porțiuni intestinale, medicamente opiacee, antispastice, tumoră endoluminală, tumori abdominale extra-intestinale, sarcina, bride postoperatorii, ascita, cauze metabolice (hipercalcemia, hipopotasemia), cauze endocrine (hipotiroidia, hiperparatiroidismul)<sup>[2]</sup>.

Vorbim despre constipație acută dacă simptomele au fost prezente timp de mai puțin de patru săptămâni. Simptomele de durată mai lungă sunt clasificate drept constipație funcțională, cronică.<sup>[1]</sup>

Extrem de important este o intervenție terapeutică timpurie și corectă în timpul episoadelor acute sau recurente de constipație acută, astfel se pot preveni

complicații precum fisura anală, retenția de materii fecale, constipația cronică sau encoprezia.

Factorii favorizanți pentru apariția constipației sunt reprezentați de alimentație, activitatea fizică, vârstă și sex. Constipația este mai frecventă la sexul feminin, la persoane sedentare și la vârstnici.

Etiologia este variată, prin alterarea mecanismului de secreție sau de progresie. (vezi tabel 1). De asemenea în vederea diagnosticului etiologic se stabilește caracterul acut sau cronic al constipației (vezi tabel 2). După excluderea cauzelor locale și a constipației datorate unor obiceiuri alimentare sau consum de medicamente, un pacient care se prezintă pentru

constipație trebuie evaluat în vederea stabilirii unei cauze sistemice.

Din punct de vedere fizio-patologic se descriu următoarele forme de constipație:

- Constipația de transport – având drept cauză hipotonia, atonia sau hipersegmentarea colonului
- Constipația de evacuare – produsă prin repetarea întârzierii defecației, în context social sau psihologic
- Constipația prin retenție – datorită modificărilor de volum colo-rectal, ce pot fi congenitale sau dobândite
- Constipația prin obstrucție – având drept cauză stenozele colorectale sau anale (polipi, tumori, etc)
- Constipația prin deficit de reziduuri –

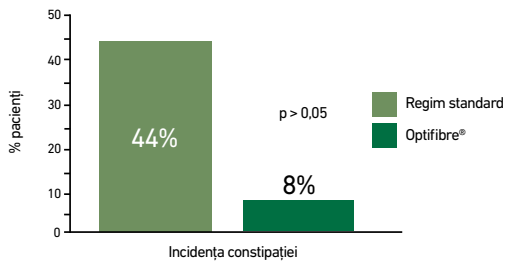
Tabel 1 Etiologia constipației

	Cauză	Exemple
1	Cauze locale	Formațiuni tumorale benigne/maligne colonice, Diverticuloză, Megadolicolonul, Volvulus intestinal, Stenoză anală, Stricturnă anală, Tromboze hemoroidale, Boala Hirschsprung
2	Compresie extrinsecă	Sarcină, Ascită, Rectocel, Prolaps genital, Formațiuni tumorale benigne intraabdominale, Formațiuni tumorale maligne intraabdominale
3	Consum de medicamente	Antiacidele, Agenți anticolinergici (antiparkinsoniene, antipsihotice, antispasmodice, antidepressive triciclice), Anticonvulsivante (carbamazepină, fenobarbital, fenitoină), Agenții antineoplazici ( derivați de vinca), Blocante ale canalelor de calciu ( verapamil), Diureticele ( furosemid), Suplimentele de fier, Medicamente anti-inflamatoare nesteroidiene (ibuprofen), Agoniștii de opioide (fentanil, loperamidă, morfina)
4	Boli metabolice și endocrinologice	Diabetul zaharat, Intoxicatii cu metale grele ( arsenic, plumb, mercur), Hipercalcemie, Hipopotasemia, Hipotiroidie, Hiperparatiroidismul, Hipopituitarism, Feocromocitom, Porfirie
4	Afectiuni neurologice și musculare	Amiloidoza, Boala Chagas, Dermatomiozita, Scleroză multiplă, Boala Parkinson, Sclerodermie, Neuropatie non-diabetică, Leziuni ale măduvei spinării, Accident vascular cerebral
5	Afectiuni psihice	Depresie, Anorexie nervoasă, Bulimie, Schizofrenie
6	Obiceiuri alimentare sau comportamentale	Dieta săracă în fibre, Aport redus de lichide, Imobilizare, Sedentarism
7	Constipația funcțională	Colon iritabil

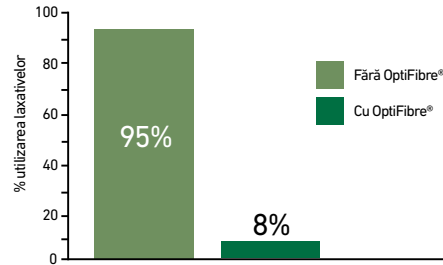


# OptiFibre® conține 100% gumă de guar parțial hidrolizată (PHGG) și este dovedit clinic că reduce constipația și ajută la reglarea tranzitului intestinal.<sup>1,2</sup>

OptiFibre® stimulează peristaltismul și frecvența mișcărilor intestinale, fără a determina diaree.<sup>3</sup>



Consumul de OptiFibre® reduce nevoia utilizării de laxative.<sup>4</sup>



60% dintre pacienți au observat o îmbunătățire a tranzitului intestinal după primele 2-3 zile, iar 87% în mai puțin de o săptămână<sup>5</sup>.

## Cui se recomandă OptiFibre



Adulți și copii cu vârsta peste 3 ani



Vârstnici/Personae care suferă de diabet



Femei însărcinate sau care alăptează

## Recomandare de administrare

Se recomandă administrarea de OptiFibre® treptat, începând cu 1 măsură pe zi. Dacă este necesar, se crește consumul treptat, cu o măsură la fiecare 3 zile. Odată ce tranzitul intestinal s-a reglat, nu mai creșteți numărul de măsuri pe zi.

	Număr de lingurițe de OptiFibre®					
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-10 ani		
Ziua	Dimineața	Prânz	Seara	Dimineața	Seara	
1-3	1			1/2		
4-6	1		1	1/2	1/2	
de la ziua 7	1	1	1	1	1	
	Doză maximă 5/zi			Doză maximă 3/zi		

Se recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 3 săptămâni, pentru un efect susținut

OptiFibre® are o toleranță bună și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse<sup>6,7</sup>

## Avantajele OptiFibre



### 100% din plante

OptiFibre® este 100% de origine vegetală, nu conține gluten, aditivi, arome sau îndulcitori artificiali.



### Gust neutru

OptiFibre® se dizolvă complet și nu are gust sau miros.



### Ușor de utilizat

OptiFibre® poate fi amestecat în lichide sau alimente moi, calde sau reci (ex: apă, iaurt, piure).

### Bibliografie:

1. Giaccari S, et al. La Clinical Therapeutica. 2001;152(1):21-25. 2. Kapoor MP, et al. J Functional Foods. 2017;33:52-66. 3. Homann HH, et al. Clinical Nutrition Supplements 2004. 4. Patrick PG, et al. J Am Diet Ass. 1998; 98; 912-914. 5. Ipsos research, May 2012. 6. Sariano C et al. Long-term fiber intervention program. Journal of the American Dietetic Association 2000s. 100(9):A82. 7. Kasper H et al. Ernährungsmedizin und Diätetik. 12., überarb. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2014.

**Tabelul 2 Cauze frecvente de constipație acută**

1	Imobilizare	Fracturi, afecțiuni ligamentare, postoperator,
2	Medicamente	Abuz de laxative, Suplimentele de fier, Medicamente anti-inflamatoare nesteroidiene, Agoniștii de opioide
3	Afecțiuni anale	Defecație dureroasă, Stenoza anală, Stricțură anală, Tromboze hemoroidale
4	Proces stenoizant	Formațiune tumorală colorectală, diverticulită,

• când conținutul intestinal este redus, nu se realizează stimularea motilității (poate fi cauzată de absența fibrelor vegetale din alimentație, stări de deshidratare).<sup>[3]</sup>

Prin anamneză trebuie să obținem informații amănunțite despre momentul de apariție al simptomelor, intensitatea și durata lor.

O schimbare recentă a tranzitului intestinal implică obligatoriu evaluarea pacientului adult în vederea existenței unui neoplasm colo-rectal, în special atunci când există și factori de risc. Se evaluează existența simptomelor asociate (scădere ponderală, dureri abdominale, meteorism, greață, vărsături simptome genito-urinare), precum și existența unor modificări paraclinice (hemoleucograma, sideremie, probe inflamatorii, glicemie, hormoni tiroidieni)

Un diagnostic de constipație funcțională trebuie luat în considerare numai după ce se exclud bolile neurologice, musculare sau sistemice ce se pot asocia cu constipația. Criteriile de diagnostic pentru constipația funcțională sunt reprezentate de existența a minim 2 din cele de mai jos/ săptămână, minim 1 lună cu criterii insuficiente pentru stabilirea diagnosticului de colon iritabil:

1. Două sau mai multe scaune pe săptămână la copilul cu vârsta mai mare de 4 ani
2. Minim 1 episod de incontinență fecală pe săptămână
3. Istoric personal de retenție a materiilor fecale
4. Istoric de mișcări intestinale dureroase
5. Prezența fecaloamelor masive la nivelul rectului
6. Prezența scaunelor masive ce pot obstrua toaleta

Examenul clinic al pacienților trebuie orientat spre diagnosticarea bolilor extradigestive ce pot contribui la apariția constipației.

Bradycardia, tegumentele uscate, creșterea greutateii sunt semne ce pot sugera

existența hipotiroidiei. Aspectul general al pacientului, faciesul sau timbrul vocii orientează spre boala Parkinson sau depresie. Existența obezității abdominale, alături de evaluarea glicemiei poate stabili diagnosticul de diabet zaharat.<sup>[4]</sup>

Palparea și percucia abdomenului ne oferă date despre pierderea sensibilității, existența distensiei, fecale dure, un colon palpabil, sau o formațiune inflamatorie sau neoplazică.<sup>[1]</sup>

Zona perianală ar trebui examinată pentru cicatrici, fistule, fisuri, și hemoroizi externi sau asimetria sfincterului anal.<sup>[1]</sup>

Tușeul rectal contribuie la evaluarea pacientului, prezența unui fecalom, stricțura anal sau formațiuni rectale obstructive, tulburare neurologică care afectează sfincter anal.<sup>[1]</sup>

La cei peste 50 de ani, mai ales dacă au și factori de risc pentru neoplasm colo-rectal, se recomandă screening prin efectuarea testelor de hemoragie ocultă, colonoscopiei sau sigmoidoscopiei cu tub flexibil.

Uneori, în unele centre medicale specializate, se recomandă manometria anorectală alături de investigații electromiografice pentru a înregistra funcția sfincterului anal extern<sup>[5]</sup>.

Tratamentul constipației trebuie individualizat, se ia în considerație durata și gravitatea constipației, vârsta, factorii favorizanți, terapia bolii de bază. Managementul inițial al constipației cronice include educația pacientului, modificarea comportamentului prin schimbarea dietei, hidratare corectă, creșterea consumului de fibre, print-o alimentație bogată în fructe și legume, combaterea sedentarismului, intensificarea activității fizice. Suplimentarea cu fibre alimentare nu este întotdeauna suficientă, mai ales la pacienții cu leziuni obstructive sau megacolon. La copilul mic se are în vedere reeducarea ritmului scaunelor prin stabilirea unui orar al scaunelor, prin așezarea la oliță în anumite momente ale zilei, legate și

de alimentație. Aceste măsuri igieno-dietetice se asociază cu tratament etiologic (vezi etiologia constipației- tabel 1), funcțional, patogenetic sau simptomatic. Tratamentul patogenetic include administrarea prokineticilor (domperidom, cisaprid) sau laxativelor. Se pot recomanda laxative osmotice (magneziu, dizaharide-lactuloză sau soluții alcoolice-manitol), laxative stimulante (Antraquinone, Derivat difenilmetan) sau emoliente (ulei de parafină). De asemenea sunt utile și microclismele. Un rol important în tratamentul constipației la copilul mic de grădiniță sau la școlar este reprezentat de consilierea psihologică.

În concluzie având în vedere faptul că tulburările de tranzit reprezentate de constipație reprezintă un simptom frecvent atât la copil, cât și la adult. Intervenția timpurie în timpul episoadelor acute sau recurente de constipație acută poate preveni complicații precum fisura anală, retenție de materii fecale, constipația cronică și encoprezia. Un diagnostic de constipație funcțională trebuie luat în considerare numai după ce se exclud bolile neurologice, musculare sau sistemice ce se pot asocia cu constipația. Managementul inițial al constipației cronice include educația pacientului, modificarea comportamentului, schimbarea dietei, urmat de tratament etiologic, patogenetic sau simptomatic, individualizat în funcție de etiologie, sex și vârstă.

**BIBLIOGRAFIE**

1. Dumitru Matei De la simptom la diagnostic în practica medicului de familie Editua Medicală Amaltea, București, 2018
2. Dumitru Matei Esențialul în medicina de familie, Editua Medicală Amaltea, București, 2016
3. Ilesu M, Junghina A, Stefanescu E, Tulburările de tranzit intestinal. Perspectiva farmacistului, Revista Galenus <https://www.revistagalenus.ro/practica-farmaceutica/tulburarile-de-tranzit-intestinal-perspectiva-farmacistului/>
4. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR 3rd. American Gastroenterological Association technical review on constipation. Gastroenterology 2013;
5. Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2014; 58:258.

215  
LEI



CADRU DE MERS PLIABIL

6.100  
LEI



CÂNTAR ELECTRONIC SECA-956

DE LA  
13.500  
LEI



ELEVATOR CU ȘENILE PENTRU SCĂRI

4.600  
LEI



ELEVATOR ELECTRIC GEMINI 150

138  
LEI



INALȚĂTOR WC TICCO

1.995  
LEI



LIFT PENTRU CADĂ

26.300  
LEI



OSTEODENSIMETRU B.M.TECH OSTEOPRO

140  
LEI



SCAUN PENTRU DUȘ-BAIE

420  
LEI



SCAUN ROLATOR CU FRÂNE

732  
LEI



TENSIOMETRU ROSSMAX X9 PARRPRO

PREȚURILE INCLUD TVA

Email: [office@medisal.ro](mailto:office@medisal.ro)  
Comenzi: [comenzi@medisal.ro](mailto:comenzi@medisal.ro)  
Informații: [info@medisal.ro](mailto:info@medisal.ro)

ÎNTRU  
2,60 ȘI  
39 LEI



CALMAREA DURERII BIOFREEZE



PESTE 3000  
DE PRODUSE



CALITATE ȘI  
FIABILITATE



LIVRARE  
RAPIDĂ

Vă așteptăm cu drag în Showroom-ul Medisal  
din str. Gheorghe Doja, nr. 234, Târgu Mureș

[www.medisal.ro](http://www.medisal.ro)



## Combinăția de Seleniu și Coenzima Q10 care poate salva vieți și poate da inimii un ajutor natural

Odată cu înaintarea în vârstă toate procesele desfășurate la nivel celular se modifică în sensul de încetinire-regresie. Producția de energie necesară unei bune funcționări a organismului are loc preponderent la nivel mitocodrial sub forma moleculei de ATP (adenozintrifosfat). Producția mitocondrială de energie necesită, pe lângă macronutriente, prezența oxigenului și a altor cofactori ca de exemplu coenzima Q10



Dr. Cristina Tomescu

Medic specialist Cardiologie,  
Științe Nutriționale  
și Medicină Ortomoleculară

**C**oenzima Q10 este o substanță liposolubilă, structural înrudită cu vitamina E și K și este prezentă în toate celulele umane și animale. A fost descoperită în 1957 de Prof. Fred Crane și colegii săi de la Universitatea Wisconsin-Madison Enzyme Institut din SUA, care au izolat-o din mitocondriile unei inimi bovine.

Primar, coenzima Q10 joacă rol de cofactor în procesul fosforilării oxidative (lanțul respirator celular) care are loc în mitocondrie. Pe calea fosforilării oxidative se produce aproximativ 95% din energia necesară funcționării organismului, energie livrată sub forma moleculei de ATP (adenozintrifosfat). Suplimentar, coenzima Q10 este și un puternic antioxidant celular și un "măturător" al radicalilor liberi nocivi, contribuind la reutilizarea altor antioxidanți consumați în timpul proceselor biochimice din organism (vitaminele C și E).

Ideal este ca organismul să producă singur o cantitate suficientă de energie capabilă să acopere nevoia fiecărui organ.

Însă nivelurile de coenzima Q10 scad pe măsură ce înaintăm în vârstă, în paralel crescând stresul oxidativ secundar fenomenelor de îmbătrânire. În plus, producția de coenzima Q10 este insuficientă în situații de boală, utilizare a anumitor medicamente care interferează cu sinteza sa, fumat, nutriție imperfectă, obezitate,

consum exagerat de alcool, efort fizic extrem, anomalii mitocondriale înnăscute.

Agricultura modernă este dependentă de îngrășăminte, legumele provenind frecvent din soluri sărăcite în minerale. Studiile Institutului Național de Cercetare pentru Pedologie, Agrochimie și Protecția Mediului au evidențiat un deficit al solului României în seleniu. Există o corelație între conținutul solului în seleniu și ingestia alimentară de seleniu, exemplificată cel mai bine prin boala Keshan. Boala Keshan este o formă de cardiomiopatie endemică în regiunile sărace în seleniu din China. Modificarea primară din boala Keshan este necroza unor porțiuni ale miocardului. Asocieră virusului Cocksackie B la boala Keshan este frecvent raportată. Tratamentul bolii Keshan constă în suplimentarea cu Seleniu.

Seleniul intră în componența a numeroase enzime printre care și thioredoxin reductase 1, care ajută la regenerarea coenzimei Q10.

Contribuția seleniului la regenerarea coenzimei Q10 a fost argumentul asocierii lui la coenzima Q10, asociere utilizată în studiul suedez KiSel-10.

Studiul KiSel-10 a fost condus de medicul cardiolog Urban Alehagen de la Universitatea Linköping din Suedia și a fost publicat în 2013 în prestigioasa revistă Internațional Journal of Cardiology.

Cardiologul Alehagen împreună cu echipa sa au arătat că administrarea combinată și pe termen lung de Seleniu organic și coenzima Q10 la un grup de persoane vârstnice contribuie la scăderea mortalității cardiovasculare prin îmbunătățirea funcției de pompă a inimii și prin scăderea nivelurilor biomarkerului cardiac NT- proBNP (biomarker al tensiunii peretelui cardiomiocitelor).

Studiul s-a derulat pe o perioadă de 5 ani și a constat în administrarea combinată de 200 micrograme de Seleniu organic (SelenoPrecise) și 200 mg de coenzima Q10 (Bio-Quinone). Rezultatele obținute prin analizarea probelor de sânge și prin ecografie Doppler cardiacă au arătat că mortalitatea de cauză cardiovasculară a fost mai scăzută în grupul care a primit combinația Seleniu organic și coenzima Q10.

În condițiile unor concentrații scăzute de coenzima Q10 și Seleniu, corectarea deficitelor prin administrarea combinată de suplimente nutriționale de înaltă calitate aduce beneficii stării de sănătate.

### Referinte:

- Alehagen U, et al. Still reduced cardiovascular mortality 12 years after supplementation with selenium and coenzyme Q10 for four years: A validation of previous 10-year follow-up results of a prospective randomized double-blind placebo-controlled trial in elderly. Plos One, 2018; 13(4), e0193120.
- Mortensen S, Rosenfeldt F, Kumar A. The effect of Coenzyme Q10 on Morbidity and Mortality in Chronic Heart Failure, Journal of the American College of Cardiology (JACC), vol.2, no.6, 2014
- Alehagen U, Johansson P, Bjornstedt M, Rosen A, Dahlstrom U. Cardiovascular mortality and N-terminal-pro-BNP reduced after combined selenium and coenzyme Q10 supplementation: a 5-year prospective randomized double-blind placebo-controlled trial among elderly Swedish citizens. Int J Cardiol. 2013;167(5):1860-6. PMID:22626835.

# Kisel-10 – Un studiu științific revoluționar

## Formulă documentată științific pentru o calitate ridicată a vieții

- Condiție fizică îmbunătățită
- Vitalitate crescută
- O mai bună calitate a vieții



**BioActive Q10 Gold și Bio-Seleniu+Zinc sunt produse de referință în domeniul studiilor internaționale.**

*Kisel-10: 1) "Cardiovascular mortality and N-terminal-proBNP reduced after combined selenium and coenzyme Q10 supplementation: A 5-year prospective randomized double-blind placebo-controlled trial among elderly Swedish citizens». Alehagen et al; International Journal of Cardiology. e0141641. Doi: 10.1371/journal.pone.0141641. 2) «Improved health related quality of life, and more days out of hospital with supplementation with selenium and coenzyme Q10 combined. Results from a double blind, placebo-controlled prospective study». P. Johansson et al, J Nutr Health Aging June 2015*

 **Pharma Nord**

Tel. 021 316 06 54 • Fax 021 316 06 56 • [consumator@pharmanord.com](mailto:consumator@pharmanord.com) • [www.pharmanord.ro](http://www.pharmanord.ro)

# Boala artrozică pe înțelesul tuturor

Artrza, cunoscută și sub numele de „reumatism degenerativ” este o afecțiune a articulațiilor ce înseamnă distrugerea progresivă a componentelor articulației și osului din jur. Modificările degenerative la nivelul structurilor articulare pot precede cu mulți ani manifestările clinice care sunt: durere și dificultate în a folosi articulația respectivă, cracmente la mobilizare (acele „pocnuri” ale genunchilor sau degetelor), hidrartoză (acumulare de lichid) mergând până la dizabilitate și durere permanentă.



Dr. Anna Marie Herghelegiu

Medic primar Geriatrie și Gerontologie,  
Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie  
„Ana Aslan, Șef Lucrări Facultatea de Medicină,  
UMF „Carol Davila”, București

**A**rtroza poate apare chiar și la persoane de 30-40 de ani, deși în mod frecvent aceasta se manifestă după vârsta de 50 de ani. Artrza poate apare la nivelul diferitelor articulații: coxartroza (articulația șoldului), gonartroza (articulația genunchiului), spondilodiscartroza (la nivelul coloanei vertebrale), la nivelul degetelor, a coatelor, umerilor, etc. Artrza este o afecțiune cronică cu prevalență ridicată în special la vârstnici, iar durerea și limitarea funcțională pe care o determină afectează în mod semnificativ calitatea vieții și independența funcțională a acestora. Leziunile degenerative ale structurilor articulare apar de la vârste tinere și progresează până la apariția bolii pe parcursul vieții, într-un ritm determinat de foarte mulți factori printre care și stilul de viață. Dieta bogată în alimente ce promovează statusul inflamator cronic, consumul de alcool, sedentarismul, insuficienta hidratare, pozițiile vicioase, sunt factori cu efect cumulativ negativ asupra structurilor articulare.

## O serie întreagă de factori contribuie la apariția acestei afecțiuni:

- obezitatea și sedentarismul care funcționează într-un cerc vicios sunt un adevarat cocktail nociv care duc la distrugerea cartilajului articular; pe de o parte greutatea excesivă apasă pe articulații și

crește gradul de uzură a acestora, pe de altă parte un tonus muscular scăzut sau lipsa unei mase musculare adecvate care să preia o parte din greutate și din stressul mecanic, expun articulațiile la un grad înalt de uzură prin simpla acțiune a forței gravitaționale; progresia artrozei la o persoană supraponderală și sedentară este mult mai rapidă iar simptomele mult mai severe, intervenția chirurgicală de înlocuire a articulației mai problematică și recuperarea postoperatorie mai dificilă.

- leziunile frecvente, accidentările și unele intervenții chirurgicale la nivelul articulațiilor pot determina apariția artrozei și pot accelera progresia acesteia; sporturile extreme, activitățile fizice care utilizează articulațiile în mod excesiv pot duce la apariția artrozei deoarece mecanismele de refacere a cartilajului articular sunt depășite de rata de uzură.
- există un anumit determinism genetic, aceasta înseamnă că unele persoane care au rude ce au suferit sau suferă de artroză pot fi predispuși la artroză, însă nu s-a identificat o anumită genă responsabilă de apariția artrozei; de asemenea, obezitatea, care se știe că este în multe cazuri ereditară, este un factor de risc major pentru artroză.
- artroză secundară poate apărea după atacuri de gută, reumatism articular acut, alte artrite infecțioase.

La pacienții vârstnici, în special există o serie de factori ce pot crește riscul de cădere de la aceeași înălțime cu consecințe mai severe decât la persoane cu vârste mai tinere, respectiv fracturi. Aceste fracturi au un impact semnificativ negativ asupra independenței funcționale și calității vieții la vârstnici și reprezintă un factor agravant al artrozei.

## Stabilirea diagnosticului presupune:

- examinare fizică pentru a stabili gradul de limitare a mișcărilor și funcționalitatea articulară;

- radiografie și eventual ecografie articulară pentru stabilirea stadiului bolii;
- analize biologice pentru identificarea unor afecțiuni cu rol etiologic și/sau agravant.

## Tratamentul este compus din 4 mari categorii de intervenții:

- educația și informarea, susținerea și sfătuirea pacientului și a familiei, o bună relație cu medicul curant fiind foarte importantă pentru succesul terapeutic (de exemplu: medicul vă poate sfătui ce tip de încălțăminte să purtați, ce activități fizice să evitați și care sunt indicate, ce puteți face pentru a vă simți mai bine: masaj, băile în apă caldă dacă nu sunt contraindicate din alte motive, etc.)
- tratamentul simptomatic și de scurtă durată cu analgezice și antiinflamatoare, de lungă durată cu anumite substanțe ce au rolul de a susține metabolismul cartilajului și de a încetini deteriorarea acestuia, infiltrații intra-articulare cu substanțe vascoelastice, infiltrații peri-articulare cu substanțe antalgice;
- tratamentul funcțional cu fizioterapie, kinetoterapie și echipamente de susținere a articulației;
- tratamentul chirurgical atunci când starea pacientului îl impune.

### CE POT FACE?

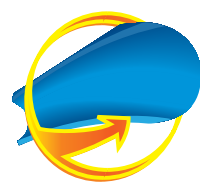
- Este important să nu vă diagnosticați și tratați singur/ă!
- Este important să aveți și să vă mențineți greutatea corporală optimă!
- Este important să vă hidratați corespunzător chiar dacă nu simțiți senzația de sete!
- Este important să aveți și să vă mențineți un bun tonus muscular!





INSUFICIENȚĂ VENOLIMFATICĂ - CRIZE HEMOROIDALE

# Cyclo3Fort



RUSCUS ACULEATUS  
HESPERIDIN METIL CALCONĂ  
ACID ASCORBIC



**Cel mai înalt grad<sup>1</sup> de recomandare  
în Ghidurile Internaționale  
pentru managementul simptomelor din  
Boala Venoasă Cronică**

**VENOS**

**Cyclo3Fort**  
crește  
constricția venoasă  
**îmbunătățește**  
întoarcerea venoasă<sup>2</sup>

**LIMFATIC**

**Cyclo3Fort**  
crește  
drenajul limfatic<sup>2</sup>

**CAPILAR**

**Cyclo3Fort**  
reduce  
permeabilitatea  
microvasculară  
anormală<sup>2</sup>



**A&D Pharma**  
marketing & sales



**Pierre Fabre**

## DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI : CYCLO 3 FORT capsule. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ :

Fiecare capsulă conține extract uscat de *Ruscus aculeatus*, titrat în heterozide sterolice 150 mg, hesperidin metil calconă 150 mg, acid ascorbic 100 mg. Excipient cu efect cunoscut: galben amurg FCF (E110) **FORMA FARMACEUTICĂ:** Capsule gelatinoase tari nr. 1 cu capac portocaliu și corp galben, ce conțin o pulbere de culoare galben-maronie. **Indicații terapeutice** Indicații la adulți: - Tratamentul simptomelor datorate insuficienței veno-limfatice (sindrom de picioare grele, dureri, iritație). -Tratamentul simptomelor funcționale legate de crizele hemoroidale. **Doze și mod de administrare** **Doze Insuficiența veno limfatică** Doza recomandată este de 2 – 3 capsule pe zi; **Boala hemoroidală** Doza recomandată este 4 – 5 capsule pe zi; Mod de administrare Administrare orală. Capsulele vor fi înghițite cu un pahar cu apă. **Contraindicații** Hipersensibilitate la substanțele active sau la oricare dintre excipienții medicamentului. Tulburări de depozitare a fierului (talasemie, hemocromatoză, anemie sideroblastică) din cauza prezenței acidului ascorbic în compoziția medicamentului. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare** **Atenționări speciale** În cazul în care apare diaree, întrerupeți tratamentul. Atac hemoroidal: Tratamentul trebuie să fie de scurtă durată. Administrarea medicamentului nu este un substitut pentru tratamentul specific al bolilor proctologice. În cazul în care simptomele nu se ameliorează rapid, trebuie efectuată o consultație proctologică și tratamentul trebuie revizuit. Interferențe cu analizele de laborator: Acidul ascorbic ca agent reducător poate influența rezultatele analizelor de laborator, cum ar fi determinarea glucozei în sânge, bilirubina, activitatea transaminazelor, lactazei și altele. Acest medicament conține galben de amurg FCF (E 110). Poate provoca reacții alergice. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune** Acidul ascorbic poate crește absorbția intestinală a fierului și a aluminiului. Nu au fost efectuate studii privind interacțiunile cu alte medicamente sau cu alimente. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea** Sarcina Datele privind utilizarea Cyclo 3 Fort la femeile însărcinate sunt limitate. Studiile pe animale nu indică un efect nociv direct sau indirect cu privire la toxicitatea asupra funcției de reproducere. Ca o măsură de precauție, este de preferat a se evita utilizarea Cyclo 3 Fort în timpul sarcinii. Alăptarea Nu se cunoaște dacă metaboliții Cyclo 3 Fort sunt excretați în laptele uman. Un risc pentru nou-născuți/sugari nu poate fi exclus. Ca o măsură de precauție Cyclo 3 Fort nu trebuie utilizat în timpul alăptării. Fertilitatea Nu sunt disponibile date privind fertilitatea. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje** Nu au fost efectuate studii specifice. **Reacții adverse** **Reacții adverse observate din studiile clinice:** Următoarele reacții adverse au fost observate în timpul studiilor clinice. Reacțiile adverse sunt prezentate în conformitate cu clasificarea MedDRA pe sisteme și organe și sunt prezentate mai jos ca fiind foarte frecvente ( $\geq 1/10$ ), frecvente ( $\geq 1/100$  și  $< 1/10$ ), mai puțin frecvente ( $\geq 1/1000$  și  $< 1/100$ ), rare ( $\geq 1/10000$  și  $< 1/1000$ ), foarte rare ( $< 1/10000$ ). Cele mai frecvente raportate sunt diaree și durere abdominală. **Tulburări psihice** Mai puțin frecvente: Insomnie Rare: Nervozitate **Tulburări acustice și vestibulare** Rare: Vertij **Tulburări vasculare** Rare: Extremități reci, Dureri de-a lungul venelor **Tulburări gastro-intestinale** Frecvente: Diaree uneori severă (asociată cu un risc de pierdere a greutății și tulburări hidro-electrolitice, dacă tratamentul continuă), reversibilă rapid la întreruperea tratamentului. Durere abdominală Mai puțin frecvente: Dispepsie, Greață Rare: **Tulburări gastrointestinale**, Stomatită aftoasă **Tulburări hepatobiliare** Rare: Creșterea alanin aminotransferazei **Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat** Mai puțin frecvente: Eritem, Prurit **Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv** Mai puțin frecvente: Spasme musculare, Dureri ale extremităților Reacții adverse raportate spontan (frecvența nu poate fi estimată din datele disponibile) **Tulburări gastrointestinale** Colită limfocitară microscopică esențială, reversibilă a fost identificată în anumite cazuri (sau la anumiți pacienți) Dureri gastrice. **Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat** Erupecții cutanate maculopapulare și urticarie. **Raportarea reacțiilor adverse suspectate** Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale <http://www.anm.ro>. **Supradozaj** Nu au fost raportate cazuri de supradozaj. Cu toate acestea, dozele excesive de acid ascorbic pot duce la anemie hemolitică la subiecții cu deficit de G6PD. Abordare terapeutică: în caz de supradozaj, trebuie administrat tratamentul simptomatic. **PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE** Lista excipienților *Talc, stearat de magneziu, dioxid de siliciu coloidal hidrofob, macrogol 6000, galben amurg FCF (E 110), dioxid de titan (E 171), gelatină, galben de chinolină (E 104)*. **Incompatibilități** Nu este cazul. **Perioada de valabilitate** 2 ani **Precauții speciale pentru păstrare** A se păstra la temperaturi sub 25°C. **Natura și conținutul ambalajului** Cutie cu 3 blistere PVC-clorotrifluoroetilen/Al a câte 10 capsule **Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor** Fără cerințe speciale **DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ** Pierre Fabre Medicament, 45 place Abel Gance, 92 100, Boulogne, Franța **NUMĂRUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ** 7293/2006/01 **DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI** Reînnoirea autorizației – Decembrie 2006 **DATA REVIZUIRII TEXTULUI** Iunie 2018

**Acest medicament se poate elibera fără prescripție medicală. Înainte de prescriere vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului.**

### Referințe

\*Picioare obosite (1B), Crampe musculare (2B/C), Prurit (2B/C), Senzație de arsură (nesemnificativ)

1 Nicolaidis A, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Int Angiol. 2018;37(3):232-254.

2 Jawien A, et al. Int Angiol 2017;36(1):31-41;





# VESSEL DUE F

*Produs biologic original*

## *Redă echilibrul vascular!*



Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Vessel Due F 250 ULS capsule moi și Vessel Due F 600 ULS/2 ml soluție injectabilă se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: [drugsafety.ro@alfasigma.com](mailto:drugsafety.ro@alfasigma.com) sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.



# BTL EMSELLA®

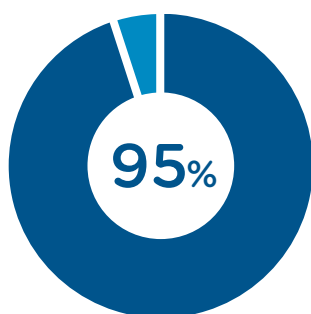
SAY NO  
TO INCONTINENCE



## BTL EMSELLA®

EXPERIENȚA CARE  
VĂ SCHIMBĂ VIAȚA

95% PACIENȚI  
MUȚUMIȚI\*



PACIENȚII RĂMÂN  
COMPLET ÎMBRĂCAȚI



NON-INVAZIV



\*Tehnologia HIFEM poate îmbunătăți calitatea vieții pacienților cu incontinență, Dr. Berenholz J., Dr. Sims T., Dr. Botros G.  
Rezultatele individuale pot varia



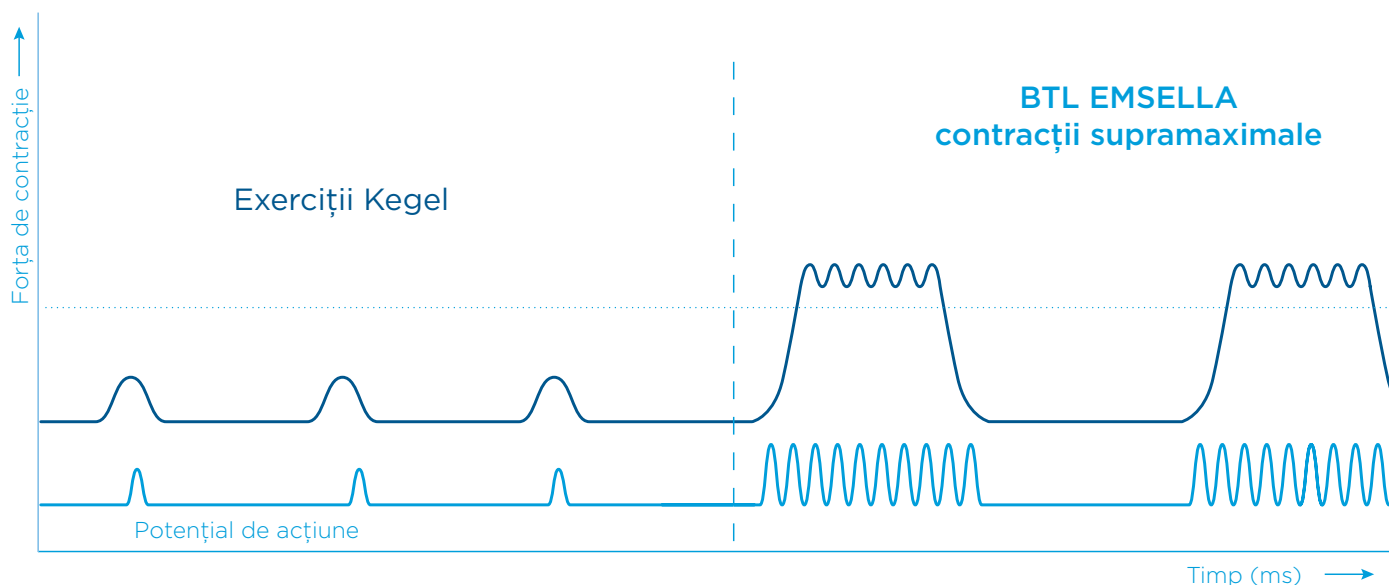
Romania

vanzari@btl.ro

| www.btl.ro

| f BTL Romania Aparatura Medicala

BTL EMSELLA utilizează tehnologia HIFEM pentru stimularea și restabilirea controlului neuromuscular la nivelul musculaturii planșeului pelvian. Eficiența terapiei se bazează pe energia electromagnetică focalizată, pătrunderea acesteia în profunzime și stimularea musculaturii planșeului pelvian. O singură terapie cu BTL EMSELLA produce mii de contracții supramaximale ale musculaturii planșeului pelvian, contracții care sunt extrem de importante în reeducarea musculară a pacienților ce suferă de incontinență.



## BENEFICIILE TRATAMENTULUI

- Reprezintă o procedură non-invazivă ce nu presupune perioadă de recuperare.
- Rămâneți complet îmbrăcată pe toată perioada tratamentului.
- Redă controlul vezicii urinare și al mușchilor pelvieni fără exerciții ce necesită timp.
- Este o procedură comodă ce vă permite să vă relaxați pe tot parcursul celor 28 de minute de tratament.
- Puteți observa îmbunătățiri chiar și după numai o sesiune de tratament. Rezultatele vor continua să apară, în mod normal, de-a lungul săptămânilor care urmează.
- Obțineți rezultate după circa șase sesiuni, programate de două ori pe săptămână.
- Pacienții au raportat o reducere semnificativă privind necesitatea utilizării absorbantelor pentru incontinența urinară.\*\*

BTL EMSELLA a fost conceput pentru a optimiza confortul pacientului și al terapeutului.

Monitorizarea vizuală ajută operatorul la supravegherea terapiei.

Sistemul avansat de poziționare asigură transmiterea cu precizie a energiei către planșeul pelvian.

Tehnologia COOL FLOW™ oferă multiple stimulări planșeului pelvian datorită sistemului de răcire încorporat.

"BTL EMSELLA este o mare oportunitate în ceea ce privește eficiența și simplitatea, deoarece pacienții nu trebuie să se dezbrace. BTL EMSELLA oferă o îmbunătățire semnificativă și tangibilă a calității vieții pacienților." Dr. Tracey Sims - Grupul Medical Wirral pentru Tratamente Laser și Estetice Marea Britanie

\*\*HIFEM Technology Can Improve Quality of Life of Incontinent Patients (Tehnologia HIFEM poate îmbunătăți calitatea vieții pacienților cu incontinență urinară), Berenholz J, MD, Sims T, MD, Botros G., MD, Rezultatele individuale pot varia ©2018 BTL Group of Companies. Toate drepturile sunt rezervate. BTL®, BTL EMSELLA® și HIFEM® sunt mărci înregistrate în Statele Unite ale Americii, Uniunea Europeană și/sau în alte state. Produsele și metodele de fabricație sau de utilizare pot fi supuse unuia sau mai multor brevete în SUA sau în alte state sau unor brevete în așteptare.



# Boala Parkinson - rolul și beneficiile exercițiului fizic

Implementarea unor programe de activitate fizică și exerciții, urmate cu rigurozitate, pare să fie alternativa non farmacologică de urmat, studiile efectuate până în prezent demonstrând beneficiile obținute asupra simptomelor motorii și non motorii ale BP<sup>[1]</sup>. Prezentăm, în cele care urmează, rezultatele câtorva studii.



**Dr. Georgiana  
Ozana Tache**

Medic primar recuperare medicală  
– SCUB Floreasca, șef lucrări - UMF  
Carol Davila, vicepreședinte Societatea  
Română de Reabilitare Medicală

Inițial, Jankovik et al au adus în discuție încă din anul 2008 faptul că activitatea fizică are cea mai eficientă îmbunătățire asupra abilităților fizice și asupra capacităților funcționale fizice și cognitive la pacienții cu BP<sup>[1,3]</sup>. Deși, pe de altă parte, activitatea fizică a fost mai puțin eficientă în privința îmbunătățirii simptomelor clinice ale BP și a aspectelor psihosociale ale vieții persoanelor cu BP; cu doar până la 50% dintre rezultate raportând efecte pozitive<sup>[1,3]</sup>. Impactul activității fizice asupra funcțiilor cognitive și depresiei au fost slabe, necesitând efectuarea unor studii suplimentare.

Prin contrast, Murray et al afirmat în decembrie 2014, despre efectele pozitive ale exercițiului fizic asupra funcției de cunoaștere, obținând dovezi prin care au susținut rolul jucat de exercițiul fizic în îmbunătățirea funcției de cunoaștere la oameni, pe calea promovării proliferării neuronale, neuroprotecției și neurogenezei<sup>[1,4]</sup>. Autorii au arătat faptul că diferite tipuri de exerciții, incluzând exercițiul aerobic, cel cu rezistență și dansul, pot îmbunătăți funcția cognitivă, desi, tipul, cantitatea, mecanismele de acțiune și durata exercițiilor efectuate rămân neclare<sup>[1,4]</sup>.

De asemenea, Ahlskog JE arată că rezultatul activității fizice nu a fost asociat doar cu scoruri cognitive mai bune, dar exercițiile practicate la vârstă mijlocie reduc semnificativ riscul ulterior de a dezvolta, atât demență cât și disfuncție cognitivă ușoară<sup>[1,5]</sup>. Ahlskog a mai demonstrat și faptul că exercițiul fizic practicat la vârstă medie scade riscul dezvoltării BP și a mai subliniat că exercițiul fizic sau activitatea fizică desfășurate energic de către persoanele cu BP, ajută la scăderea problemelor motorii refractare, asociate BP<sup>[1,5]</sup>. În experimentul realizat, folosind ani-

male drept model, exercițiul fizic a crescut BDNF (brain-derived neurotrophic factor), ceea ce a asigurat protecție față de neurotoxinele dopaminergice, pe calea medierii factorilor neurotrofici cerebrali și a neuroplasticității<sup>[1,5]</sup>. Exercițiul a îmbunătățit consistent funcția cognitivă la animalele considerate drept model, aspect aflat în legătură cu creșterea neuroplasticității și cu expresia crescută a factorului neurotrofic; în timp ce imobilizarea a manifestat un efect opus<sup>[1,5]</sup>. Concluzia a fost aceea că BDNF (traversează membrana hemato-encefalica) poate fi considerat mediatorul a cel puțin unei părți din beneficiile practicării exercițiului fizic, atât la animale cât și la oameni<sup>[1,5]</sup>.

Activitatea fizică are calitatea de a prelungi în timp gradul de independență individuală, crește mobilitatea, îmbunătățește somnul, ameliorează starea emoțională și îmbunătățește calitatea vieții pe calea socializării și a interconexiunilor multidisciplinare care se stabilesc între membrii echipei de reabilitare și persoana cu BP<sup>[1,6]</sup>.

Kolk et al arată faptul că echilibrul postural și deficiențele la mers prezente la pacienții cu BP sunt dificil de tratat pe calea terapiei medicamentoase sau a celei chirurgicale actuale<sup>[1,7]</sup>. Studiul efectuat arată că exercițiul prezintă potențialul de a corecta, atât aspectele motorii (mers, echilibru, tonus muscular), cât și pe cele non motorii (depresie, apatie, oboseală, constipație) ale BP, precum și complicațiile imobilizării (aspecte cardiovasculare, osteoporoză)<sup>[7]</sup>.

Mai mult, Park et al, în 2014, a ajuns la concluzia că programele de activitate fizică desfășurate în grup, pe termen lung prezintă aderență și asigură fidelizarea persoanelor cu BP care participă la program; chiar dacă efectul neuroprotectiv nu poate fi evidențiat asupra funcției motorii, totuși cel mai semnificativ efect se manifestă asupra ameliorării simptomelor depresiei<sup>[1,8]</sup>.

Cholewa et al, a realizat un studiu în 2013, în care un număr de pacienți cu BP au participat la un program de 60 de minute de exerciții de reabilitare medicală desfășurat cu o frecvență de două ședințe săptămânal,

în scopul creșterii gradelor de mișcare și a agilității, a îmbunătățirii echilibrului și mersului; concuzia fiind aceea că s-a constatat scăderea severității simptomelor motorii în contextul desfășurării activităților zilnice<sup>[1,9]</sup>.

Moroz et al. în 2009, arată necesitatea educației oferite celor care îngrijesc persoanele cu BP în vederea menținerii unui mediu ambiental plăcut și sigur și a unei atmosfere relaxate, elemente foarte importante în ceea ce privește ameliorarea stării depresive sau a stării de anxietate a pacienților<sup>[1,10]</sup>.

Kluding et al a descris cazul unor bărbați de 66 de ani, ambii diagnosticați cu BP, care au participat timp de trei luni la diferite activități fizice. La final s-au constatat îmbunătățiri în ceea ce privește performanțele fizice, utilizând testele: BBS – Berg Balance Scale, FFR – Forward Functional Reach Test, BFR – Backward Functional Reach Test și TUG – Timed „Up and Go” Test<sup>[1,11]</sup>.

Shulman et al au efectuat un studiu clinic randomizat cu scopul de a testa eventualele diferențe existente asupra performanței funcției motorii (mers, tonus muscular și rezistență la efort sau fitness-ul cardiac), atunci când pacienții cu BP urmează trei tipuri diferite de exerciții (bandă de mers, exerciții contrarezistive și stretching) iar rezultatele au arătat că exercițiile efectuate cu intensitate scăzută la banda de mers au ameliorat viteza de deplasare, cele efectuate cu o intensitate scăzută sau medie au ameliorat și fitness-ul cardiac iar tonusul muscular a crescut ca urmare a exercițiilor contrarezistive și a celor de stretching, prin urmare, combinația acestor tipuri de exerciții ar putea avea rezultate superioare<sup>[1,12]</sup>.

Efectele activității fizice se manifestă și asupra ameliorării durerii resimțite de către persoanele cu BP. Durerea (deși primește destul de puțină atenție în contextul existenței celorlalte semne și simptome de boală) se asociază lipsei somnului, depresiei și scade calitatea vieții, după cum este relatat de către persoanele cu BP. Durerea din BP poate fi determinată de procesul evolutiv al bolii, elementele disfuncționale aflate în legătura cu boala, cât și de



afecțiunile musculoscheletale coexistente și/sau durerilor neuropate<sup>[1, 13]</sup>.

Durerea poate fi controlată medicamentos, pe calea analgezicelor convenționale sau prin administrarea agenților dopaminergici. Rezultatele studiului prezentat au subliniat faptul că activitatea fizică poate influența durerea pe calea neuroplasticității indusă de schimbările comportamentale (desfășurarea unui program de activitate fizică poate conduce la reorganizare cerebrală dpdv anatomic, fiziologic și funcțional) și pe calea neuroregenerării celulelor nervoase deteriorate, prin creșterea factorilor neurotrofici la nivel cerebral, buna funcționare sinaptică și angiogeneză, cât și prin stimularea neurogenezei, îmbunătățirea metabolismului și a răspunsului imun<sup>[1, 13]</sup>. Toate aspectele prezentate sunt în măsură să moduleze și să îmbunătățească procesarea durerii la nivel central<sup>[13]</sup>. Mai mult, acest studiu subliniază faptul că exercițiul fizic poate activa neuronii dopaminergici, jucând prin această acțiune un rol anti-nociceptiv, suprimând semnalele nociceptive la nivelul rădăcinilor ganglionare dorsale și modulând durerea la nivel medular<sup>[13]</sup>. În final, se arată că exercițiul fizic poate reduce durerea din BP prin activarea căilor non dopaminergice inhibitorii ale durerii (cestea sunt degenerate în BP), care includ sistemele noradrenergic, serotoninergic, cholinergic și peptidergic, esențiale în procesarea durerii și în inhibiția căilor descendente ale durerii<sup>[13]</sup>.

Implementarea unui program de exerciții fizice reprezintă deci, o alternativă eficientă, având în vedere faptul că studiile au demonstrat beneficii ale acestora asupra simptomelor motorii și non-motorii ale BP. Sinteza și expresia neurotransmițătorilor monoaminergici, induși de exercițiile efectuate, pot explica influența semnificativă a exercițiilor asupra tulburărilor neuromotorii și a celor emoționale<sup>[14]</sup>.

Studiile efectuate pe modelul animal, arată că sinteza de Acid Dihydroxyphenylacetic (DOPAC) și de Acid Homovanilic (HVA), cu metabolizii asociați cu nivelurile dopaminergice din creier este în relație puternică cu intensitatea exercițiului fizic, la fel și nivelurile extracelulare de dopamină, după șapte zile de antrenament efectuat cu șoareci<sup>[14]</sup>.

Ouchi et al. arată în anul 2002, că pentru oameni, stimularea unilaterală și singulară a pattern-ului motor al flexiei și extensiei de gleznă este responsabilă de eliberarea dopaminei la nivelul nucleului striat dorsal contralateral la persoanele cu BP<sup>[14, 15]</sup>.

În plus, nivelul activării regiunii striatale, datorată eliberării de dopamina, poate fi stimulat să crească la achiziția unui nou pattern motor, în comparație cu achiziția aceluiași pattern de mișcare, repetat; ceea ce sugerează că învățarea unei noi mișcări poate contribui la întreținerea sau la creșterea nivelurilor dopaminergice chiar și pornind de la o simplă contracție musculoscheletală<sup>[14, 16]</sup>.

Atât Schinder et al., în 2000, cât și Mattson et al. în 2004, arată faptul că exercițiul contribuie în mod pozitiv față de deficitul non motorii din BP (comportament, emoționalitate, cunoaștere); expresia substanțelor neurotrofice, în particular BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor), ca fiind un factor de creștere ce promovează proliferarea, asigură supraviețuirea și maturizarea neuronilor nou formați<sup>[14, 17, 18]</sup>, pare să fie indusă de unul sau mai multe sesiuni de exerciții fizice<sup>[14, 19]</sup>. După cum se arată de către Rasmussen et al., astfel de substanță se află în legătură cu arborizația dendritică crescută, cu biogeneza mitocondrială, având și rol esențial ca și coreglator al sistemului serotoninergic<sup>[17]</sup>. Toți factorii neurotrofici prezintă o largă plasticitate și capacitatea de a se adapta față de modificările din BP și pot fi influențate printr-o doză adecvată de exerciții fizice.

Strategiile terapeutice, probate științific și evaluate clinic de-a lungul ultimilor ani, s-au concentrat pe terapiile fizicale și practicarea exercițiului fizic, în vederea reducerii problemelor clinice ale BP, în special a celor aflate în legătura cu mobilitatea, postura și echilibrul<sup>[14]</sup>. Limitările studiilor sunt în legătură cu beneficiul care este apreciat mai mult pentru faza acută, imediată, fiind mai puține studii ce s-au preocupat de efectele pe termen lung în BP<sup>[14, 20]</sup>. Există și alte atitudini terapeutice, non farmacologice, precum practicarea unor activități sau exerciții fizice, ca de exemplu: plimbarea, alergarea, antrenamentul de forță, platforme vibratorii și exerciții funcționale, aflate în legătură cu scăderea riscului de cădere, diminuarea simptomelor motorii, îmbunătățirea performanței motorii, a mersului și a echilibrului, cu repersursiuni pozitive asupra calității vieții și a funcțiilor de execuție<sup>[14, 21, 22]</sup>. Există o preocupare în mod constant a oamenilor de știință față de efectele benefice ale activității fizice la persoanele cu BP, exprimate prin îmbunătățirea capacității funcționale, a mersului, echilibrului, a tonusului și rezistenței<sup>[23]</sup>.

Studiile efectuate pe modele animale, pe șoareci care au mers pe bandă, efectuând deci, exerciții în contextul unui an-

trunament aerobic, au prezentat rezultate promițătoare ale acestui tip de exercițiu<sup>[14]</sup>. Lau et al, într-un studiu efectuat în 2011, au urmărit efectele acestui tip de exercițiu asupra coordonării mișcărilor și echilibrului, a schimbărilor la nivelul biomarkerilor neuronilor dopaminergici, a schimbărilor la nivelul funcției mitocondriale și a activității factorilor neurotrofici precum Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) la nivelul sistemului nigrostriatal iar rezultatele obținute au demonstrat faptul că procesul de recuperare comportamentală și neuronală, produs pe calea exercițiului fizic la șoarecii cu parkinsonism, s-a asociat unei îmbunătățiri ale funcției mitocondriale și unei creșteri a BDNF la nivelul regiunii nigrostriatale a creietului<sup>[14, 24]</sup>.

Alte studii realizate pe alte modele animale s-au îndreptat către ipoteza conform căreia, activitatea și exercițiul fizic influențează plasticitatea cerebrală, favorizând răspunsurile neuroprotectiv, neuroadaptativ și neuroregenerativ mediate pe calea eliberării factorilor neurotrofici, precum Glial cell line-Derived Neurotrophic Factor (GDNF) și Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF), cât și pe calea reducerii stresului oxidativ și a producerii de Reactiv Oxygen Species (ROS)<sup>[14, 25]</sup>. Producerea și prezența acestor factori trofici se află în strânsă legătură cu declanșarea anumitor cascade de activare biomoleculară. Producerea BDNF în hippocampus se datorează în general creșterii activării  $\beta$ -Calmodulin-dependent Protein Kinaza II ( $\beta$ -CaMKII), promovată de către exercițiile aerobice, în timp ce creșterea Insulin-like Growth Factor 1 (IGF-1) la nivel central este datorată antrenamentului de efort (exerciții contrarezistive-efectuate de către șoareci pe scara verticală), pe calea activării mai mari a căii AKT (Protein Kinaza B)<sup>[14, 26]</sup>.

Pornind de la studiile efectuate, există numeroase dovezi științifice care indică faptul că exercițiul fizic prezintă un impact pozitiv asupra stării de sănătate umană, incluzând și pe cea a sistemului nervos. exercițiile aerobice, despre care se știe că îmbunătățesc funcția cardiovasculară și metabolismul, induc și producerea de factori neurotrofici care influențează neuronii aflați în hipocamp, îmbunătățind învățarea spațială și memoria<sup>[26]</sup>. Pe de altă parte, se cunoaște mai puțin despre efectul exercițiilor cu rezistență asupra memoriei dependente de activitatea de la nivelul hipocampusului, deși acest tip de exerciții se recomandă frecvent, prezentând efecte pozitive asupra tonusului muscular,

creșterii densității minerale osoase și al prevenirii disfuncționalităților aflate în legătură cu procesul de îmbătrânire<sup>[26]</sup>.

Autorii studiilor evaluează faptul că efectele antrenamentelor utilizând exercițiile cu rezistență asupra memoriei spațiale și a căilor de semnalizare cerebrală a BDNF și IGF-1 sunt comparabile cu cele obținute pe calea efectuării exercițiilor aerobice<sup>[26]</sup>. După 8 săptămâni de activitate fizică, șoarecii ambelor grupuri, în calitate de participanți la programul de exerciții aerobice și respectiv, rezistive, au prezentat îmbunătățirea similară a învățării și a memoriei spațiale; totuși, cele două grupuri au prezentat activarea căilor de semnalizare, în mod distinct<sup>[26]</sup>. Cei din grupul cu exerciții aerobice au prezentat nivele crescute ale IGF-1, BDNF, TrkB, și β-CaMKII (calcium/calmodulin-dependent kinase II) la nivelul hipocampusului, în timp ce celălalt grup, al exercițiilor rezistive, a prezentat inducerea IGF-1 la nivel periferic și la nivelul hipocampusului cu activarea concomitentă a receptorilor pentru IGF-1 (IGF-1R) și AKT la nivelul hipocampusului<sup>[26]</sup>. Prin urmare, deși sunt angajate mecanisme moleculare divergente, achiziția la nivelul învățării și memoriei spațiale este identică la ambele tipuri de exerciții efectuate<sup>[26]</sup>.

Studiile pe model uman sunt marcate de variabilitatea rezultatelor obținute, datorată și calității metodologiei utilizate, având în vedere faptul că s-au utilizat mai multe tipuri de intervenții asupra subiecților umani cu BP<sup>[14]</sup>. Rezultatele sunt favorabile în ansamblul lor, dar devine dificil de stabilit și interpretat rolul jucat de fiecare tip de intervenție în privința îmbunătățirii simptomatologiei<sup>[14]</sup>. Fără discuție că în literatura de specialitate există și studii de referință cu privire la efectul exercițiilor aerobe și al antrenamentului de forță asupra pacienților cu BP. De exemplu, Cakit et al (2007) a investigat rezultatele obținute după opt săptămâni de antrenament aerobic cu încărcare, efectuat timp de 30 de minute, pe bandă de mers, asupra: echilibrului, vitezei de mers, distanță străbătută și teamă față de dezechilibrare<sup>[14]</sup>. În final, s-au obținut rezultate pozitive, raportat la grupul de control, cu referire la toți parametrii urmăriți, la persoanele diagnosticate cu BP<sup>[14]</sup>.

Kurtais et al. (2008) a investigat efectele unui antrenament aerobic efectuat pe banda de mers, care a durat șase săptămâni, cu o frecvență de trei ședințe săptămânal și 40 minute pe ședință, la pacienții cu BP moderată sau ușoară și a observat îmbunătățiri semnificative ale parametrilor funcționali

la nivelul membrelor inferioare, precum: mersul, echilibrul, agilitatea<sup>[14]</sup>.

Alți autori au subliniat obținerea unor rezultate superioare, atunci când pacientul este supus unui antrenament aerobic forțat (pacientul se antrenează alături de un alt participant, care stabilește nivelul efortului desfășurat), raportat la antrenamentul voluntar<sup>[14]</sup>. Aceleași rezultate superioare sunt comunicate și de alți autori (Ridgel et al. 2009); dar s-a utilizat cicloergometru și intensitatea efortului s-a apreciat procentual față de frecvența cardiacă maximă<sup>[14]</sup>. Îmbunătățirea parametrilor funcționali a fost cu până la 35% mai crescută la grupul care a beneficiat de antrenament forțat la care frecvența cardiacă a fost cu 30 % mai crescută, față de grupul care a desfășurat exercițiul în mod așa zis voluntar<sup>[14]</sup>.

Alberts et al. (2011), utilizând aceeași metodologie, a coroborat rezultatele cu cele obținute de Ridgel et al. (2009) demonstrând că pacienții care au participat la antrenamentul forțat au prezentat o ameliorare a rigidității în proporție de 41%, a tremorului de 38% și a bradikineziei de 28%, toți parametrii fiind evaluați de același instrument clinic specific<sup>[14]</sup>. În același studiu, Albert et al. (2011) a mai demonstrat (prin examinare cu rezonanță magnetică funcțională) și faptul că după antrenamentul prin exerciții aerobice, efectele asupra creșterii activității la nivel cortical și subcortical au fost asemănătoare celor obținute la pacienții aflați sub terapie cu medicație antiparkinsoniană<sup>[14]</sup>.

Studiile cu privire la efectele produse de antrenamentele cu rezistență la pacienții cu BP sunt recente, desfășurate pe perioada ultimilor 10 ani, efectele asupra stării de sănătate se referă la funcționalitate și câștigarea independenței, în legătură cu desfășurarea activităților zilnice<sup>[14]</sup>. Scandis et al. (2001) arată că antrenamentul de creștere a forței musculare la nivelul membrelor inferioare, desfășurat pe o durată de opt săptămâni a fost comparabilă cu cea constatată la persoanele sănătoase din grupul de control<sup>[14]</sup>.

Sunt însă puține studii cu referire la evaluarea efectelor activității fizice asupra simptomelor non motorii. Tanaka et al. (2008) au investigat efectul antrenamentului prin exerciții combinate (forță, echilibru și coordonare) la pacienți cu BP ușoară spre moderată și au observat îmbunătățirea atenției concentrate a controlului inhibitor<sup>[14]</sup>. Activitatea fizică utilizând jocuri video (Exergames), pare să devină un potențial instrument util în domeniul neuroreabilitării, fiind capabil să

ofere îmbunătățire motorie și cognitivă pacienților cu boli neurodegenerative, incluzând pe cei cu BP<sup>[14]</sup>.

În concluzie, având în vedere că pacienții cu BP pot prezenta beneficii, se recomandă ca prescrierea exercițiului fizic (tipul antrenamentului, durata, intensitatea etc) să se realizeze după o evaluare clinică, raportat la capacitatea funcțională, starea de sănătate mentală și starea funcțională a aparatului cardiovascular și respirator<sup>[14]</sup>. The American College of Sports Medicine (ACSM) a publicat recomandări (ghid) cu privire la prescrierea exercițiilor pentru persoanele diagnosticate cu BP<sup>[14]</sup>. Se arată că îmbunătățirile sunt superpozabile cu cele obținute de către adulții sănătoși (se ține cont de limitările fizice ale persoanelor cu BP), cu referire la variabilele stării de fitness fizic (forță, rezistență aerobica și musculară, echilibru și flexibilitate) cu impact direct asupra îmbunătățirii capacității funcționale<sup>[14]</sup>.

Majoritatea recomandărilor se aplică pacienților aflați între stadiul de început al BP (stadiul 1 pe scala Hoehn și Yahr) și cel moderat (stadiul 3); în stadiul 4 pacientul deja necesită dispozitive de susținere și asistare a echilibrului și mersului, ceea ce face necesară adaptarea exercițiilor la limitările fizice la timpul prezent<sup>[14]</sup>. Pacientul din stadiul 5 este ținut la pat, prezintă numeroase limitări, necesită abord în scop paliativ cu accent pe prevenirea deformărilor<sup>[14]</sup>.

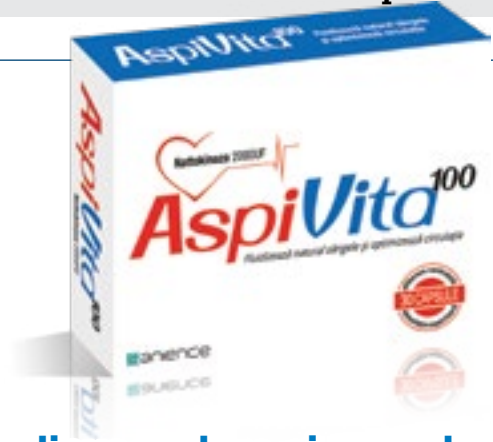
Exercițiul fizic contribuie la tratamentul BP și poate juca rol preventiv, de întreținere a fitnessului fizic și menținere a stării de sănătate<sup>[14]</sup>. Sunt necesare studii în vederea stabilirii unei relații concrete doză efect, a importanței variabilelor antrenamentului (intensitate, durată, frecvență) și a tipului exercițiului fizic, aderența la tratament și mecanismul implicat în fiecare intervenție motorie; este necesar ca toate aceste aspecte să fie bazate pe dovezi, dincolo de cunoașterea faptului că exercițiul fizic este deosebit de util la persoanele cu BP<sup>[14]</sup>.

Activitatea fizică încetinește progresia bolii, scade durerea asociată resimțită de către pacient, prelungește durata mobilității independente (mers, echilibru, forță) și îmbunătățește somnul, starea de spirit sau emoțională, memoria, alte simptome non motorii (depresia, apatia, oboseala, constipația), îmbunătățește calitatea vieții iar secundar, previne complicațiile imobilității (asupra sistemului cardiovascular, osteoporoză)<sup>[14]</sup>.

### Bibliografie la autor

# AspiVita<sup>100</sup>

Nattokinaza 100 mg (2000UF)



## Un nou orizont în abordarea patologiilor cardiovasculare și neurologice

AspiVita<sup>100</sup> o formulă inovativă cu eliberare controlată conține Nattokinază, serin-proteaza care a revoluționat lumea medicală prin selectivitatea înaltă pentru acumulările proteice cu potențial patogen și prin profilul de siguranță.

AspiVita<sup>100</sup> raspunde nevoilor profilactice și terapeutice din afecțiunile cronice vasculare cu potențial trombotic ridicat, în hipertensiunea arterială și în bolile neurodegenerative printr-un cumul deosebit de avantaje:

### • Este singura enzimă fibrinolitice activă după administrare orală

AspiVita<sup>100</sup> conține nattokinază încapsulată într-o formă cu eliberare controlată, care asigură protecția sa împotriva degradării gastrice și eliberarea treptată la nivel intestinal, pentru un efect fibrinolitic prelungit.

### • Mecanism fibrinolitic și antiagregant plachetar cunoscut

Nattokinaza are un mecanism fibrinolitic dual: atât direct (asupra fibrinei), cât și indirect (prin activarea plasminei). Profil de siguranță ridicat: nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei

### • Siguranță la grupele de risc

Studiile clinice au demonstrat siguranța administrării, chiar și în doze de 6.000 UF, împreună cu: aspirină, clopidogrel, warfarină sau heparine injectabile la pacienții cu AVC<sup>1</sup>. De asemenea, administrarea este sigură la pacienții diabetici<sup>2</sup> și dializați<sup>3</sup>

## Motivele includerii cu succes a AspiVita<sup>100</sup> în planul de prevenție și tratament al pacienților cu risc de tromboze și accidente vasculare:

- **Eficacitate în dizolvarea trombilor:** nivelul produșilor de degradare ai fibrinei (PDF) crește treptat<sup>4</sup> cu până la 21,2% după administrarea orală a 2000 UF (unități fibrinolitice) de nattokinază
- **Protecție împotriva aterosclerozei arterei carotide:** reduce dimensiunile plăcii de aterom cu până la 36,6% la administrare timp de 6 luni<sup>7</sup>
- **Protecția sistemului nervos împotriva degradării funcționale:** poate dizolva componentele plăcii de amiloid, indicator precoce al bolii Alzheimer<sup>6</sup>
- **Acțiune antihipertensivă demonstrată<sup>5</sup>** la pacienții cu pre-HTA și HTA stadiul 1

## Formula inovativă cu eliberare controlată AspiVita<sup>100</sup> asigură:

- **Profil de siguranță ridicat:** nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei
- **Administrare ușoară și efect prelungit:** capsulele AspiVita<sup>100</sup> cu eliberare controlată contribuie la menținerea fluxului sanguin optim pe o perioadă de peste 12 ore
- Produs fabricat sub licență elvețiană exclusiv în Europa sub condiții farmaceutice GMP



<sup>1</sup>Shah AB, An open clinical pilot study to evaluate the safety and efficacy of natto kinases as an add-on; oral fibrinolytic agent to low molecular weight heparin & anti-platelets in acute ischemic stroke, 2004; <sup>2</sup>Hitosugi M., Effects of bacillus natto products on blood pressure in patients with lifestyle diseases, 2014; <sup>3</sup>Hsia CH., et al, Nattokinase decreases plasma levels of fibrinogen, factor VII and factor VII in human subjects, 2009; <sup>4</sup>Kurosawa Y. et al., A single-dose of oral nattokinase potentiates thrombolysis and anticoagulation profiles, 2015 Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; <sup>5</sup>Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; <sup>6</sup>Ruei-Lin Hsu et al., Amyloid-Degrading Ability of Nattokinase from Bacillus subtilis Natto, 2009; <sup>7</sup>Ren NN. et al., A clinical study on the effect of nattokinase on carotid artery atherosclerosis and hyperlipidaemia, 2017



**Coreflux 250 ULS capsule moi și Coreflux 600 ULS/2 ml soluție inj. (i.v./i.m.) sunt medicamente biologice autorizate pe bază de sulodexide.**

- Sulodexide este un antitrombotic marcant, activ la nivel arterial și venos cu un profil farmacologic deosebit susținut de efecte pleiotropice: inhibarea aderenței plachetare și de activarea sistemului fibrinolitic tisular și circulator.

- Sulodexide normalizează parametrii alterați ai vâscozității sanguine, această acțiune se manifestă în special prin scăderea concentrațiilor plasmatiche ale fibrinogenului.

- Profilul farmacologic al sulodexidei descris anterior este completat și cu acțiunea de normalizare a concentrațiilor plasmatiche crescute ale lipidelor, realizată prin activarea lipoproteinlipazei.

**Criteriile\* de includere în tratamentul specific pentru Sulodexide/COREFLUX sunt:**

- tromboza venoasă profundă (TVP) și în prevenția recurenței TVP,
- ameliorarea semnificativă a factorilor de risc pentru afecțiunile vasculare și progresia bolii vasculare, recurența unor episoade ischemice fatale și nonfatale,
- tratamentul insuficienței cronice venoase (IVC) în oricare din stadiile CEAP,
- tratament al unei leziuni ischemice,
- tratamentul bolii ocluzive arteriale periferice (BOAP), și în alte patologii care pot fi considerate ca o consecință a unui proces aterosclerotic,
- tratamentul simptomatic al claudicației intermitente, precum și tratamentul durerii de repaus.
- Prevenția și stoparea complicațiilor vasculare ale diabetului: nefropatia diabetică, retinopatia diabetică și piciorul diabetic.
- Prin administrarea de Sulodexide poate fi evitată amputarea piciorului diabetic și se poate opri evoluția retinopatiei și nefropatiei diabetice.

**Denumirea comercială:** COREFLUX 250 ULS capsule moi și COREFLUX 600 ULS / 2 ml soluție injectabilă. **Denumirea comună internațională (DCI):** sulodexide. **Compoziția:** Capsula moale: O capsulă moale conține sulodexide 250 ULS (unități lipasemice sulodexide). Soluție injectabilă: 2 ml soluție injectabilă conțin sulodexide 600 ULS (unități lipasemice sulodexide). **Indicații terapeutice:** Tratamentul afecțiunilor vasculare cu risc de tromboză. **Doze și mod de administrare:** Capsule moi: Doza recomandată este de 250 - 500 ULS (1 - 2 capsule moi) de 2 ori pe zi. **Soluție injectabilă:** Doza recomandată este de 600 ULS (o fiolă soluție injectabilă). În general, este indicat să se înceapă tratamentul cu soluția injectabilă Coreflux 600 ULS și, după 15 - 20 zile de tratament, să se continue cu capsule moi Coreflux 250 ULS timp de 30 - 40 zile. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la: sulodexide, heparină, alte produse de tip heparinic sau la oricare dintre excipienți. Diateză și boli hemoragice. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** Când un tratament anticoagulant este în desfășurare, se recomandă monitorizarea parametrilor coagulării. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea:** este de preferat să se evite administrarea Sulodexide în timpul sarcinii și alăptării.

# Siguranță la administrarea pe termen lung și în asocierile curente

# Coreflux

Sulodexide

Tratamentul antitrombotic cu Sulodexide/COREFLUX este un tratament de lungă durată, fiind destinat unor afecțiuni cronice și de prevenție a complicațiilor diabetului.

Eficacitatea sulodexide, ca medicament biologic, nu depinde de: vârstă, sexul pacientului și nici de severitatea bolii, administrarea fiind benefică pentru toate aceste categorii de pacienți.

Acțiunea antitrombotică este datorată inhibării, dependente de doză, a unor factori ai coagulării, în principal factorul X activat. Interferența cu trombina rămâne însă la un nivel nesemnificativ, coagularea nefiind astfel influențată.

Astfel, antitromboticul Coreflux pe bază de sulodexide **nu prezintă efecte secundare hemoragice, când este administrat oral** și are un risc hemoragic redus comparativ cu alți glicozaminoglicani terapeutici (GAGi, ca de ex. heparina și heparina cu greutate moleculară mică) când se administrează pe cale parenterală.

Aceasta este o consecință a unei interacțiuni mai reduse cu antitrombina III și a inhibiției simultane a cofactorului II al heparinei, obținându-se o inhibiție semnificativă a trombinei cu o anti-coagulare sistemică minimă.

Monitorizarea parametrilor sistemici ai hemocoagulării **nu este necesară la dozele sugerate. Terapia combinată cu medicamente cu potențial hemoragice** (AINS, antiagregante plachetare etc.) **este sigură.**

Datorită toleranței deosebite și a procentului foarte redus al efectelor secundare (sub 1%), nu sunt date publicate ce ar recomanda scăderea dozelor, față de dozele recomandate uzual.

## SCHEMA DE TRATAMENT

Doza inițială: o fiolă pe zi i.m. sau i.v.	15 - 20 zile
Doza de menținere: 1 - 2 capsule de 2 ori pe zi	30 - 40 zile
Ciclul complet de tratament se va repeta cel puțin de două ori pe an.	

\* În acord cu protocolul terapeutic Sulodexide (B014I) aprobat de Ministerul Sănătății, publicat în Monitorul Oficial al României.



**Inițierea tratamentului** se face de către medicii specialiști care diagnostichează și tratează boli vasculare cu risc de tromboză.

Continuarea se face de către medicul de familie în baza scrisorii medicale emise de specialist.



# Durerea lombară cronică și tulburările depresive secundare. Cum putem interveni?

Durerea lombară cronică este o problemă des întâlnită la pacienții în vârstă și nu numai, ce poate asocia dizabilitate și tulburări depresive. Scăderea abilităților fizice și psihosociale duce la dizabilitate funcțională în rândul pacienților cu durere lombară joasă<sup>(1)</sup>. Pe lângă durerile musculoscheletale durerea lombară joasă afectează din ce în ce mai mult pacienții vârstnici, iar The Global Burden of Disease 1990-2010 estimează că a ajuns să afecteze 19,1 milioane de oameni<sup>(2)</sup>. Luând în considerare modelul biopsihosocial, pe lângă schimbările psihosociale legate de vârstă cum ar fi scăderea toleranței la durere, există și alți factori care sunt asociați durerii lombare joase, iar cel mai importat ar fi tulburarea depresivă<sup>(1)</sup>. Dacă tulburarea depresivă este întâlnită în prezent la aproximativ 17% din populația adultă, se pare că la pacienții cu durere lombară joasă este întâlnită la 27-55% din cei cu această patologie<sup>(3)</sup>. Natura relației dintre durere în această patologie a coloanei vertebrale lombare și tulburarea depresivă pare să fie una strânsă, fapt ce rezultă din manifestările somatico-psihologice care includ dizabilitate fizică, tulburări anxioase, teama și chiar lipsa speranței de a scăpa de durere<sup>(4)</sup>.

**Dr. Ilescu Mădălina Gabriela,  
Dr. Lupu Andreea Alexandra**

**U**n mediator important al relației dintre durerea lombară joasă și depresie este severitatea durerii. Pacienții care resimt durere mai intensă sunt pacienți depresivi, lucru demonstrat de valorile proaste ale scalelor folosite în screeningul simptomelor depresiei<sup>(3)</sup>. Cercetările în domeniu arată că dacă durerea scade în intensitate apare o îmbunătățire a simptomelor depresive. Mai mult decât atât bărbații tind să raporteze severitatea durerii mai mică, în timp ce femeile raportează nivele mai crescute ale durerii și tind să fie mai depresive<sup>(5)</sup>.

Factorul neurotrofic derivat din creier (BDNF - brain derived neurotrophic factor) este o neuroproteină distribuită în sistemul nervos central. Ea joacă un rol important în modularea durerii de cauză inflamatorie și neuropată din sistemul musculoscheletal<sup>(1)</sup>. Mai mult decât atât, BDNF are un rol important în patogenia tulburărilor depresive legate de durere<sup>(6)</sup>. Inițial a fost izolat ca o proteină secretoare capabilă să faciliteze supraviețuirea neuronilor periferici, iar acum este recunoscut ca un factor capabil să regleze foarte multe funcții inclusiv supraviețuirea neuronilor, migrația, diferențierea fenotipică, creșterea axonală și dendritică, formarea sinapselor. În plus față de rolul lui esențial în supraviețuirea neuronilor, diferențierea și dezvoltarea lor, el are rol de reglare a plasticității și comportamentului sinaptic. Recent, ultimele cercetări arată faptul că are un rol important în funcții de

cogniție, în special în achiziția și consolidarea memoriei. Se consideră că funcția principală a BDNF-ului la adulți este să reglementeze plasticitatea sinaptică mai mult decât să medieze supraviețuirea și creșterea celulară<sup>(7)</sup>. Sinteza BDNF-ului are loc în hipocamp și în neuronii corticali în paralel cu distribuția lui cu ajutorul receptorului TrkB (tirozin kinază B)<sup>(8)</sup>. Funcțiile BDNF-ului sunt mediate prin receptorul TrkB. În sistemul nervos central efectele BDNF-ului au fost focusate mai mult în regiunile creierului asociate cu cogniția la pacienții adulți. La nivelul sistemului nervos periferic BDNF-ul are un rol crucial în supraviețuirea neuronului motor și în stimularea creșterii axonului neuronului motor. În plus, este prezent și în celulele Schwann și are un rol important în viteza transmisiei neuronale, dar și în sinapsa neuromusculară<sup>(7)</sup>.

Ultimele descoperiri evidențiază faptul că scăderea funcției neuromusculare și a funcției fizice, în funcție de vârstă, este parțial cauzată de deteriorarea sistemului neural inclusiv de atrofia corticală, de alterarea neurochimică, pierderea de unități motorii și funcționalitatea unităților motorii rămase, de schimbările structurale ale joncțiunilor neuromusculare<sup>(7)</sup>. Scăderea progresivă a nivelului sistemic al BDNF-ului odată cu înaintarea în vârstă poate contribui la deteriorarea sistemului neural ca de altfel și al celui neuromuscular și a funcției fizice la pacienții vârstnici<sup>(7)</sup>. Mai mult decât atât, multe studii au demonstrat că nivelul sistemic al BDNF-ului a crescut la pacienții care au efectuat exerciții care au inclus și contracții izometrice<sup>(9, 10, 11, 12, 13, 14)</sup>. În spe-

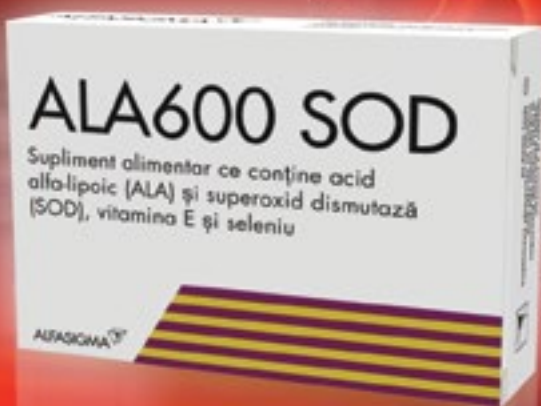
cial nivelele plasmatice ale BDNF-ului au crescut la pacienții considerați non-fragili sau pre-fragili (frailty = fragilitate, este considerat un sindrom al pacienților geriatrici care au 3 sau mai multe din următoarele criterii: scădere în greutate neintenționată, oboseală cronică, slăbiciune, mers încetinit, greoi, și activitate fizică redusă) care au efectuat timp de 10 săptămâni exerciții fizice<sup>(9)</sup>. De asemenea creșteri ale nivelurilor BDNF-ului s-au înregistrat și în rândul pacienților sedentari care au efectuat timp de 12 săptămâni exerciții fizice<sup>(14)</sup>. Unele studii au demonstrat că pe lângă creșterea nivelului seric al BDNF-ului s-a înregistrat și creșterea masei musculare<sup>(12, 13)</sup> și a funcției fizice<sup>(9, 12, 13)</sup>. Există totuși și studii care arată opusul tuturor menționate mai sus, în care nu s-au observat modificări ale nivelurilor serice ale BDNF-ului după 6-12 săptămâni de exerciții fizice la pacienții în vârstă<sup>(15, 10, 16, 17)</sup>. Totuși mai multe studii în domeniu ar trebui desfășurate pentru a se vedea dacă există o legătură între exercițiul fizic și subdiviziunile de BDNF (7).

Durerea lombară de cauză degenerativă este una din cele mai frecvente cauze de durere cronică și dizabilitate la nivel mondial<sup>(18)</sup>. Opioidale, inclusiv morfina, sunt medicamentele prescrise cel mai frecvent pentru tratamentul durerii cronice din această patologie<sup>(19)</sup> după cum regăsim în unele studii, de aceea metodologiile de reabilitare și medicină fizică rămân o alternativă de succes în tratarea acestor patologii prin lipsa reacțiilor adverse și creșterea stării de bine pe termen lung.

**Bibliografie** – la autor



# Stinge durerea neuropată!



**DURERE  
ACUTĂ**

**1 /zi**

**4 săptămâni**



**DURERE  
CRONICĂ**

**1 /zi**

**6-8 săptămâni**

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ALA 600-SOD și ALAnerv sunt suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la aceste produse la adresa de e-mail: [drugsafety.ro@alfasigma.com](mailto:drugsafety.ro@alfasigma.com).

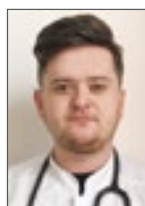
# Populația vârstnică și sistemul de sănătate

În țara noastră, la o populație de aproximativ 20 milioane de locuitori, peste 3 milioane au vârsta peste 65 de ani (definiți în continuare vârstnici), însemnând că 16 % din populația țării este vârstnică, o proporție mai redusă comparativ cu alte țări europene, cum ar fi Italia, care are cea mai ridicată proporție de vârstnici din Europa (21 %). Este important de subliniat că proporția populației vârstnice este în continuă creștere în următoarele decade peste tot în lume. Astfel, în proiecția demografică pentru anul 2030, populația vârstnică a României va crește la un procent de 22% iar a Italiei la 26%. În ansamblu, Organizația Mondială a Sănătății estimează că numărul persoanelor vârstnice va depăși un miliard și jumătate în anul 2050.



Prof. Univ.  
Dr. Carol Stanciu

Membri de onoare  
al Academiei Medicale Române



As. Univ. Dr. Ștefan Brăila

Medic gastroenterolog,  
dr. în științe medicale

**O**dată cu această continuă creștere a ponderei populației vârstnice vor apărea și schimbări majore în sistemul de sănătate, inclusiv creșteri semnificative ale costurilor necesare asistenței acestui important grup de populație. Un exemplu ilustrativ este cel al Statelor Unite ale Americii unde costurile îngrijirii pentru populația vârstnică depășesc 65 miliarde de dolari anual.

Întrebarea care se pune este dacă sistemul de sănătate din țara noastră este pregătit să facă față acestei schimbări majore în proiecția demografică a populației în următoarea decadă, în situația în care avem puține azile și spitale de geriatrie iar numărul vârstnicilor care necesită spitalizare se dublează sau chiar se triplează.

Bătrânețea (vârsta înaintată) reprezintă cel mai important factor de risc pentru cele mai multe boli. Dintre cele aproximativ 150.000 decese zilnice pe glob, 2/3 au cauze legate de vârsta înaintată. Pentru prima oară în istorie, populația vârstnică a schimbat cauza principală de mortalitate de la infecții la boli cronice netransmisibile. Bolile cardio-vasculare și cancerul reprezintă afecțiunile cronice cu impactul cel mai mare la populația vârstnică. Dacă numărul de vârstnici cu cancer în lume va fi de aproximativ 17 milioane la sfârșitul acestui an, se estimează că acesta va depăși cifra de 27 milioane în 2030.

Vârsta înaintată este asociată cu stări de sănătate complexe numite sindroame geriatrice, care nu se încadrează într-o categorie de boli specifice și care includ mai multe condiții cronice de la hipoacuzie, cataractă, artroze la depresie, demență etc. Prezența acestor sindroame geriatrice a condus la apariția medicinei geriatrice, o specialitate bine dezvoltată și recunoscută în România. În acest context, România a avut un rol important în dezvoltarea acestei specialități. Este de datoria mea să amintesc că Prof. Dr. Ana Aslan este considerată pionierul gerontologiei și geriatriei din România. Ana Aslan a descoperit efectul de anti-îmbătrânire al procainei și a dezvoltat două medicamente inovatoare care au devenit faimoase pe întreg mapamondul: Gerovital H3 și Aslavit, ambele neaprobate de FDA dar care au primit o atenție internațională neobișnuit de mare. Prof. Dr. Ana Aslan a fondat Institutul Geriatric din București, primul de acest fel din lume, recunoscut de Organizația Mondială a Sănătății. În acest institut au fost tratate unele dintre cele mai cunoscute personalități ale timpului, de la președintele SUA - John F. Kennedy la președintele Chinei - Mao-Tse-Tung, de la Winston Churchill la președintele Franței - Charles de Gaulle, de la Salvador Dali la Charlie Chaplin și mulți, mulți alții.

Pentru diagnosticul și tratamentul bolilor la vârstnici, este important de subliniat ca medicii să cunoască modificările fiziologice asociate cu înaintarea în vârstă. În general bolile digestive la vârstnici sunt aceleași cu cele întâlnite la persoanele mai tinere, adulte, dar unele sunt mai frecvent întâlnite la vârstnici, ca de exemplu: tulburările de deglutiție, constipația, diverticuloza colonică, precum și unele infecții gastro-intestinale. Este cunoscut că vârstnicii reprezintă un grup cu risc crescut pentru infecții printre care cea cu *Clostridium difficile* este mai frecventă la pacienții vârstnici spitalizați, element confirmat de noi în 2018 (A. Trifan et al "C difficile infection in hospitalized octogenarian patients" Geriatr Gerontol Int 2018).

Gerontologia este o ramură dificilă a medicinei. Pacientul vârstnic, cu sindroame geriatrice, are o anamneză foarte dificilă (hipoacuzie, nevoia sporită de atenție). În plus, simptomele bolilor digestive la vârstnici pot fi atipice și interpretate eronat (de exemplu: reflux gastro-esofagian interpretat ca angină pectorală sau, catastrofal, interpretare inversă). De reținut că cele mai multe teste de laborator (inclusiv testele funcționale hepatice) nu sunt influențate de vârsta pacientului.

Pentru gastroenterolog, este important de menționat că endoscopia digestivă superioară (esofago-gastro-duodenoscopia) și inferioară (colonoscopia) este sigură. Deși unii gastroenterologi evită să efectueze colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (CRPE) la persoanele în vârstă de frica riscurilor ridicate de complicații comparativ cu populația tânără, nu există evidențe de a susține această concepție. Desigur, supravegherea specializată în timpul și după procedură este mandatorie.

Este necesar de a monitoriza cu atenție efectele interacțiunilor medicamentelor având în vedere polipragmazia la această grupă de populație. Necomplianța este frecventă la această categorie iar efectele secundare sunt frecvente și adesea severe. Exemplu tipic este utilizarea terapiei cu interferon și ribavirină pentru hepatita cronică virală C, care a fost refuzată la vârstnici doar în baza vârstei lor înaintate. Din fericire, tratamentul actual cu Direct-Acting-Antiviral prezintă siguranță și eficacitate după cum am arătat și noi în studiul prospectiv publicat recent în *Medicine*.

Îmbătrânirea este inevitabilă. Face parte din viața celor norocoși, care trăiesc o viață lungă. Modificările sociale, creșterea nivelului de trai, progresele medicinei au contribuit la o speranță de viață prelungită față de secolul trecut. Bătrânețea trebuie să fie însă un timp al împlinirii unei vieți și nu o suferință pentru individ sau familie. Pentru acest desiderat societatea, populația încă tânără, medicii, educatorii trebuie să înțeleagă fenomenul, să se pregătească pentru acesta și să creeze, pe cât posibil, premisele unei vieți cât mai lungi, mai sănătoase și mai independente.





**seni**



## SOLUȚII DE SPECIALITATE PENTRU INCONTINENȚĂ



[www.seni.ro](http://www.seni.ro)

 **SeniRomania**

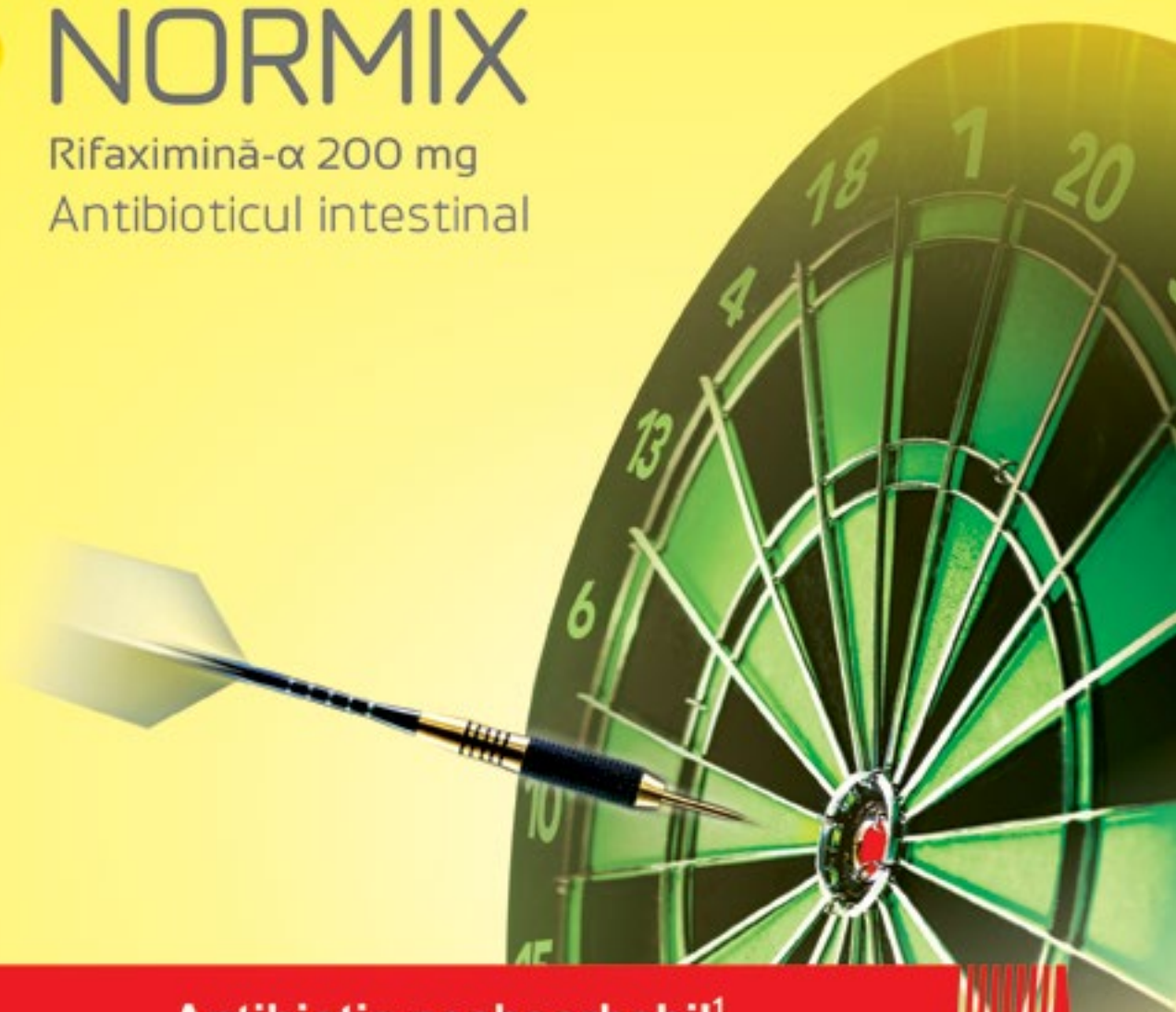






# NORMIX

Rifaximină- $\alpha$  200 mg  
Antibioticul intestinal



**Antibiotic neabsorbabil<sup>1</sup>**

**Acoperă un spectru larg  
(Gram+, Gram-, aerobi și anaerobi)<sup>1</sup>**

**Acțiune modulatorie asupra  
microbiotei intestinale<sup>2,3</sup>**

**Gratuit în ciroza hepatică și HIV-SIDA<sup>4</sup>**

**Adaptat după:** 1. Rezumatul caracteristicilor produsului Normix 200 mg comprimate filmate. 2. Bajaj J.S. et al. Modulation of the metabiome by rifaximin in patients with cirrhosis and minimal HE. PLoS One. 2013; 8(4): e60042. doi:10.1371/journal.pone.0060042. 3. Soldi S. et al. Modulation of the gut microbiota composition by rifaximin in non-constipated irritable bowel syndrome patients: a molecular approach. Clinical and Experimental Gastroenterology 2015; 8:309-325. 4. [www.onas.ro/categorie/lista-medicamentelor.html](http://www.onas.ro/categorie/lista-medicamentelor.html)  
Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Normix 200 mg comprimate filmate se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil la cerere. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adverse suspectată la acest produs la adresa de e-mail: [drugsafety.ro@alfasigma.com](mailto:drugsafety.ro@alfasigma.com) sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale





**ZirComBi®**  
Simbiotic vitaminizat

## Expertul în refacerea microbiotei intestinale la pacienții cu sindrom de intestin iritabil

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* BB536® (4 miliarde per plic), *Lactobacillus rhamnosus* HN001 (1 miliard per plic) și vitamina B6 (clorhidrat de piridoxină, 1,4 mg\*).

\*100% valoare nutritivă de referință.



**Zir-FOS®**  
Simbiotic vitaminizat

## Expertul în refacerea microbiotei intestinale post-antibioterapie sistemică

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* (5 miliarde per plic), fructo-oligozaharid Actilight și complex de vitamine B\* (B1=1,1 mg; B2=1,4 mg; B6=1,4 mg; B12=2,5 μg).

\*100% valoare nutritivă de referință.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ZirComBi și Zirfos sunt suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: [drugsafety.ro@alfasigma.com](mailto:drugsafety.ro@alfasigma.com)





*Redă libertatea mișcării!*



**DICLOREUM** diclofenac 150mg

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Diclorem® 150 mg capsule cu eliberare prelungită se eliberează pe bază de prescripție medicală - P6L. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: [drugsafety.ro@alfasigma.com](mailto:drugsafety.ro@alfasigma.com) sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.

Alfasigma România S.R.L., Strada Cluceru Udricani,  
Nr. 18, Parter și etajul 1, sector 3, București.  
Telefon: 031 805 35 26, Fax: 031 805 35 28.  
E-mail: [info.ro@alfasigma.com](mailto:info.ro@alfasigma.com)

ALFASIGMA





**FRDNBM 17**  
Federația Română de Diabet  
Nutriție și Boli Metabolice

**Congresul Național**

**13-15 Noiembrie  
2019**

**14 Noiembrie – Ziua Mondială a Diabetului  
„Diabetul și Familia”**

**Hotel Ramada Plaza  
București, România**

Informații și înscrieri: [www.medicalevent.ro](http://www.medicalevent.ro)

**EVENT**



# 23<sup>rd</sup> WORLD CONGRESS OF SOCIAL PSYCHIATRY

THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH/  
MENTAL HEALTH AND ACCESS TO CARE

**25-28 October 2019**

**Crowne Plaza Hotel / Bucharest, Romania**



[www.wasp2019bucharest.org](http://www.wasp2019bucharest.org)



CONFERINȚA  
**„Zilele medicale Dr. Mircea Iorga”**  
„MEDICUL DE FAMILIE - PRACTICIAN ȘI MANAGER”



**13-15 decembrie 2019**  
București

MANIFESTARE CREDITATĂ EDC

Pentru informații suplimentare:  
Asociația Medicilor de Familie București-Ilfov  
Str. Izabel Bertei nr. 10, Sector 1, București  
Tel. 021 204 8571  
[www.amf-b.ro](http://www.amf-b.ro) | [office@amf-b.ro](mailto:office@amf-b.ro)

Event Management:  
MEDIA MED-PUBLICIS  
[www.mediamed.ro](http://www.mediamed.ro)



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
GRIGORE I. POPA IAȘI

SF. SPIRIDON

## CONFERINȚA NAȚIONALĂ ZILELE CLINICII III MEDICALE „PROF. DR. ION ENESCU”

Ediția a-II-a

**Pacientul critic în medicina internă**

**21-22 NOIEMBRIE 2019**

IAȘI | HOTEL UNIREA

[www.focusevent.ro/zie](http://www.focusevent.ro/zie)

PREȘEDINTE CONFERINȚĂ  
Conf. Univ. Dr. Ciprian **REZUȘ**

PREȘEDINTE DE ONOARE  
Prof. Univ. Dr. Ioan **BRUCKNER**

### ORGANIZATORI

Clinica III Medicală - Spitalul Clinic Județean de Urgențe “Sf. Spiridon” Iași  
Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore I. Popa” Iași  
Societatea Română de Medicină Internă  
Colegiul Medicilor, Filiala Iași  
Societatea de Medici și Naturaliști Iași  
Societatea Studenților Medicină Iași



OPERATOR EVENIMENTE:  
FOCUS





# Al XI-lea Congres Național de Geriatrie și Gerontologie cu Participare Internațională

## «Capacitatea Intrinsecă a Vârstnicului și Longevitatea Activă»

17 - 20 octombrie 2019

Institutul Național de Geriatrie și Gerontologie "Ana Aslan", București, România



Simpozionul Național de  
GerontoPsihologie  
Vineri, 18 octombrie 2019, Otopeni  
«Îmbătrânirea Optimă și Reziliența Familială»  
[www.ropsiho.ro/arpc](http://www.ropsiho.ro/arpc)

Sediul Otopeni al Institutului Național de Gerontologie și Geriatrie "Ana Aslan"  
[www.ana-aslan.ro](http://www.ana-aslan.ro)





Ochii îți oferă mai mult decât vedere! Mai multe detalii despre cataractă și opțiunile de cristaline poți găsi pe

[www.vezidiferenta.ro](http://www.vezidiferenta.ro)

și

[www.panoptix.ro](http://www.panoptix.ro),

cele două site-uri care vin în sprijinul discuțiilor Dvs. cu pacienții, oferindu-le acestora informații și sfaturi utile.

**Alcon** A Novartis  
Division

Alcon Romania S.R.L.  
Bd. Barbu Văcărescu nr. 301-311, Etaj 5, Sector 2  
București, România  
T: +40 21 203 93 01 | F: +40 21 203 93 00  
[www.alcon.com](http://www.alcon.com)